Tom VI. Rok 1914. Zeszyt IV.

PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

Redaktorzy: D-r L. ANDERS i D-r J. BRUDZIŃKI

Sekretarz Redakcyi: D-r St. ŁYSKAWIŃSKI

Wydawca: D-r T. KOPEĆ

Adres Redakcyi Włodzimierska 9. Adres Administracyi Mokotowska 39.

TREŚĆ:

REVUE DE PÉDIATRIE

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction

des D-rs L. ANDERS et J. BRUDZIŃSKI.

Secrétaire de la Rédaction: Dr S. ŁYSKAWIŃSKI.

Administration du journal: Varsovie, 39 rue Mokotowska, D-r T. KOPEĆ.

SOMMAIRE DU № 4 — TOME VI

WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3.

Z przesyłką pocztową:

Rocznie rb 7, półrocznie rb. 3 kop. 50.

Cena zeszytu pojedyńczego rb. 1 kop. 25.

Autorzy artykułów oryginalnych otrzymują 30 odbitek.

CENA OGŁOSZEŃ za wiersz petytowy lub jego miejsce:

pomiędzy tekstem i na okładce, str. 2, 3, 4-ta po kop. 40,

na stronicach dodanych za tekstem po kop. 30.

UWAGA: Stronica zawiera 60 wierszy petytowych, najmniejsze ogłoszenie 10 wierszy.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya „Przeglądu Pedyatrycznego".

Warszawa, Mokotowska 39. Telefon 78-90.

Adres Administracyi Wydawnictwa zmieniony obecnie: Mokotowska 39.

Ze Szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

(Z oddziału chorób wewnętrznych d-ra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala).

Limfogranulomatoza i stany, jej pokrewne.

Podała

Marta Erlichówna

asystent ekstern oddziału.

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Sekcyi Pedyatrycznej Warsz. Tow. Lek. d. 22/V 1914).

Punktem wyjścia dla odczytu niniejszego jest przypadek, spostrzegany w szpitalu w ciągu 5 miesięcy. Siedmioletnia Zosia U. przybyła na oddział d. 27/XI.13 z powodu olbrzymiego obrzmienia gruczołów z lewej strony szyi. Z wywiadów dowiadujemy się, że dziecko przechodziło w 3-cim roku życia odrę, w rok później zapalenie płuc. W 5-tym roku życia chorowała na nieżyt oskrzeli, niedługo potem utworzył się gruczoł po lewej stronie szyi. Gruczoł wycięto, wkrótce jednak po tym zabiegu zaczęły się powiększać gruczoły po tej samej stronie szyi.

Stan ogólny dziecka niezły, przytomna, może chodzić. Budowa wątła, odżywienie upośledzone; obwód czaszki—52 cm., klatki piersiowej—59 cm., waga—19.150, wzrost—114 cm.

Na brzuchu i na kończynach wysypka, składająca się z drobniutkich grudek, odpowiadających torebkom włosowym. Grudki te są czerwone z odcieniem brunatnym. W zgię-

ciach łokciowych świeże wybroczyny krwawe. Na całem ciele nieznaczne ślady zdrapań. Dziecko skarży się na swędzenie skóry. Odczyn tuberkulinowy Pirquet'a ujemny. Na kośćcu nieznaczne ślady przebytej krzywicy. Stawy wolne. Mięśnie słabo rozwinięte. Tarczycy wymacać nie można, gdyż z powodu ucisku guza cała krtań jest odsunięta na prawo.

Gruczoły chłonne. Z prawej strony szyi kilka drobnych ruchomych gruczołków, z lewej strony pakiet gruczołów długości około 16 cm., zachodzący na tylną stronę szyi, złożony z mniejszych i większych gruczołów; największe: za uchem—7 × 5 cm., pod mm. mostk.-obojcz.-sutk.—9×4 cm., pod szczęką—5 × 3 cm. Gruczoły te są zrośnięte z podstawą, stanowią masę, ale granice między nimi dają się wymacać. Skóra nad nimi podnosi się z łatwością nie jest zmieniona. Spoistość gruczołów jest niejednakowa, niektóre są dość jędrne, inne—miękkie, ciastowate. Guz niebolesny przy macaniu. Na mostku naczynia są rozszerzone, przechodzą na pakiet gruczołów i na ramię. Obwód szyi na wysokości krtani—32,8 cm., pod uszami – 35,8 cm. Pod prawą pachą i w pachwinach trochę drobnych, twardych, ruchomych, niezrośniętych ze sobą gruczołków. Ze strony układu nerwowego, jamy ustnej, gardzieli, narządów wzroku i słuchu nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych. Granice serca normalne. Tony serca czyste, drugi ton na tętnicy płucnej znacznie wzmożony. Tętno drobne, miarowe, 120—150. Granice płuc normalne. Stłumienie nieznaczne na mostku do II żebra, nad lewym szczytem i w przestrzeni międzyłopatkowej. Objaw d'Espine'a dodatni. Wydech w granicach stłumienia znacznie wydłużony i zaostrzony. Chwilami dziecko oddycha z wysiłkiem. Okolica wyrostka robaczkowego niebolesna, brak rezystencyi; wątroba twarda, wystaje na 3 cm. z pod łuku żebrowego. Śledziona twarda, nie gładka, dolny brzeg wyczuwa się na 4$^1/_2$ cm. poniżej pępka, prawy brzeg jest odległy od pępka na 5 cm. Narządy moczopłciowe bez zmian chorobowych. W moczu odczyn dwuazowy ujemny. Krew badano po raz 1-y 29/XI: hemoglobiny—60, czerwonych ciałek—3.680.000, wskaźnik barwienia—1, białych ciałek—11.500. Wielojądrzastych obojętnochłonnych—70%, eozynochłonnych—2.5%. Monokomórek

i przejściowych 4—6%. Postaci chorobowych wśród białych ciałek nie wykryto. Czerwone ciałka barwią się dobrze. Sporo normoblastów.

Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgen'a wykazało zaciemnienie lewego szczytu w porównaniu z prawym. Nad szczytem cień guza. Pozatem płuca i śródpiersie normalne. Odczyn Wassermann'a wypadł ujemnie. Jako leczenie zastosowaliśmy na razie wstrzykiwania arszenikowe i tiokol do wewnątrz. Już w pierwszych dniach pobytu stwierdziliśmy ciepłotę o typie powrotnym. Występowały od czasu do czasu mdłości i duszność przy jedzeniu. 9/XII wycięto z pod szczęki gruczoł wielkości śliwki, dość miękki, żółtawy na przekroju; część gruczołu poddaliśmy działaniu antiforminy i osad, otrzymany po odwirowaniu, badaliśmy na obecność laseczników gruźlicy oraz ziarenek Much'a. Nie wykryto ani jednych ani drugich. Badanie histologiczne gruczołu, wykonane przy łaskawej pomocy kolegi Ryszarda Hertza, wykazało zupełne zatarcie normalnego rysunku gruczołu chłonnego, a na to miejsce bujanie limfocytów i elementów łącznotkankowych. Rana zagoiła się dobrze. 12/XII stwierdziliśmy na zginających powierzchniach górnych kończyn liczne punkcikowate wybroczyny. 17/XII odczyn dwuazowy w moczu wypadł dodatnio. Badanie krwi, wykonane 18/XII, 29/XII, 5/I, 12/I, dało wyniki, podobne do pierwszego, za wyjątkiem nieznacznie, stopniowo wzrastającej niedokrwistości. 18/XII stwierdzono w dolnym płacie prawego płuca nieco rzężeń. 20/XII rozpoczęto leczenie zapomocą naświetlań promieniami X, raz tygodniowo nazmianę—guza lub śledziony przez 15 minut $^1/_6$—$^1/_2$ tabletki Sabouraud. 22/XII dziecko grymasi, nie chce jeść, jest blade. Wymiotuje czasem. Odczyn dwuazowy dodatni. Tętno 120. 26/XII wybroczyny na ramionach zbladły. 2/I zauważono powiększenie guza na szyi. Skóra nad guzem sinawa. 7/I. Dolne części guza stwiardniałe i mniej ruchome. W tylnym biegunie guza wyczuwa się chełbotanie. Ucisk bolesny. Dziecko smutne, blade, apatyczne, poci się. 13/I Między górną a dolną częścią guza wyraźne wgłębienie. Pod wgłębieniem na przestrzeni 4 cm. zaczerwienienie, chełbotanie i bolesność. 16/I wobec wybitnej bladości, apatyi i zmniej-

szenia się ilości hemoglobiny do 49% zastrzyknięto dziecku 15/I, 22/I i 4/II po kilkanaście cm^3 świeżej krwi ludzkiej śródmięśniowo. Za każdym razem stan chorej poprawiał się znacznie na kilka dni; ilość hemoglobiny podnosiła się o 5—10%. Nie zauważono przytem żadnego odczynu miejscowego ani ogólnego. Jedynie za każdym razem tworzyły się nowe wybroczyny na kończynach. 17/I Dokonano punkcyi guza w miejscu największego chełbotania. Wydobyto koło 8 cm^3 gęstego, lepkiego, żółtawego płynu. W preparatach z tego płynu znaleziono tylko kropelki tłuszczowe, śluz, krew i detryt. Posiew płynu na bulionie i na agarze — jałowy. Płyn wstrzyknięto do otrzewnej śwince morskiej, która dotąd żyje (22/V.14), przybywa na wadze, nie ma powiększonych gruczołów. 18/V obwód szyi zmniejszył się. 25/I po wstrzyknięciu krwi stan lepszy, jest wesoła, je, hemoglobiny 63%. 4/II odczyn dwuazowy ujemny. Guz powiększa się znowu. 14/II guz rośnie. Hemoglobiny 50%. 16/II śledziona zmniejszyła się. 22/II prześwietlanie promieniami Roentgen'a. Obok szczęki widoczne cienie gruczołów. Stan ogólny pogorszył się, obfite poty. Na powierzchni środkowej części guza owrzodzenie długości 5 cm. Ból pod lewą pachą. Wyczuwa się gruczoł wielkości orzecha włoskiego i sznurki, idące od niego wgłąb, bolesne na dotyk. W płucach pod kątami łopatek trzeszczenie. Ciepłota zatraciła typ pierwotny, nabrała charakteru stałego (febr. continua). 6/III owrzodzenie na guzie powiększa się. Obrzęk skóry nad lewą łopatką. 10/III rozpad guza idzie wgłąb. Widać 4 obnażone gruczoły, wielkości migdałów. Występuje uporczywa biegunka. 12/III hemoglobiny 47%, czerwonych ciałek 3,250,000, białe ciałka krwi bez zmian. 20/III rana w guzie zaczyna się nieco wypełniać ziarniną. Odczyn Pirquet'a ujemny. 22/III odczyn Mantoux (tuberkulina 1:10) — słabo dodatni. Śledzona zmniejszyła się znacznie (3—4 cm.). 2/IV odczyn Pirquet'a słabo dodatni. We krwi wystąpiła wybitna poikilocytoza i anizocytoza. Mocz bez zmian. Odczyn dwuazowy ujemny. Tętno 100—120, małe. 11/IV blada, apatyczna. Biegunka. Odczyn Mantoux (1:10) — bardzo wybitny. 19/IV hemoglobiny 37%, czerwonych ciałek — 3.200.000, białych — 10.000. Chora została zabrana do domu d. 29/IV w stanie ciężkim

z ubytkiem na wadze 2,4 kilo, z objawami wybitnego charłactwa i postępującą niedokrwistością oraz niezagojoną raną na szyi. Powikłanie to mogło być wynikiem specyalnej wrażliwości na naświetlanie promieniami Roentgen'a, które jednak było stosowane ostrożnie i w odpowiednich odstępach czasu. Wbrew jednak zdaniu wielu autorów nawet samoistne rozpady i rozmiękczenia gruczołów nie przemawiają przeciw rozpoznaniu limfogranulomatozy. Klein znalazł w jednym przypadku guzy w jamie brzusznej rozmiękczone, w innym przypadku guz był częściowo rozmiękczony, a skóra była z nim zrośnięta i zaczerwieniona.

Od stanowczego rozpoznania limfogranulomatozy wstrzymywał nas nietypowy obraz histologiczny wyciętego przez nas gruczołu, w którym znaleźliśmy jedynie bujanie limfocytów oraz tkanki łącznej, zamiast obrazu, charakterystycznego dla limfogranulomatozy, o którym pomówimy później. Nie możemy jednak na tej jedynie podstawie rozpoznania limfogranulomatozy odrzucić, chociażby dlatego, że badaliśmy tylko jeden gruczoł, istnieją bowiem w piśmiennictwie przypadki, w których jeden gruczoł przedstawiał jedynie zmiany wyżej opisane lub też wyłącznie bujanie limfocytów [Ziegler (1)], w innych zaś gruczołach—znajdywano zmiany charakterystyczne dla limfogranulomatozy. W każdym razie bujanie tkanki łącznej w gruczole i obraz kliniczny pozwalają nam przypuszczać z dużem prawdopodobieństwem, że mieliśmy do czynienia z nietypowym przypadkiem limfogranulomatozy.

Przypadek ten, ilustrujący do pewnego stopnia trudności, jakie spotykamy przy rozpoznawaniu spraw, przebiegających z obrzmieniem gruczołów chłonnych, skłonił mnie do przedstawienia skromnego szkicu o limfogranulomatozie i stanach pokrewnych. Sprawa ta bowiem interesuje pedyatrów niemniej, jak internistów, gdyż trafia się u dzieci wcale nierzadko. Z 205 przypadków limfogranulomatozy, zebranych przez Fabian'a (2), 45 było w wieku od $5^1/_2$ miesięcy do 15 lat. D'Espine i Picot (3) zebrali 34 przypadki limfogranulomatozy u dzieci. Meyer (4) znalazł to cierpienie u dzieci 18 razy na 76 przypadków.

Ziegler zwraca uwagę na specyalnie złośliwy charakter tego cierpienia u dzieci. Japha (5) uważa większość

przypadków, opisywanych u dzieci, jako rzekomą białaczkę (pseudoleucaemia), za limfogranulomatozę. Zdanie to dzielą Ziegler, Benjamin (6) i Leenhardt (7).

Omawiane cierpienie zostało dokładnie opisane poraz pierwszy w r. 1898 przez Sternberg'a (8), jako niezwykła grużlica układu chłonnego, przebiegająca pod postacią rzekomej białaczki. Przeciw takiemu określeniu omawianego cierpienia wystąpił w r. 1904 Benda (9), dowodząc, że w większości przypadków nie znajdujemy w gruczołach zmian, charakterystycznych dla gruźlicy, ani laseczników gruźlicy. Autor ten nadał omawianemu cierpieniu gruczołów nazwę „lymphogranuloma malignum", Pappenheim nazwał je „lymphogranulomatosis", i nazwa ta jest dziś przyjętą przez większość autorów.

Cierpienie to rozpoczyna się zwykle przy zupełnie dobrem samopoczuciu i dobrym stanie ogólnym od obrzmienia grupy gruczołów chłonnych, najczęściej na szyi. Gruczoły są zwykle niebolesne, rosną w pakietach, są mało ruchome, nie zrośnięte ze skórą, zrośnięte między sobą, ale granice między oddzielnymi gruczołami dają się dobrze wymacać. Spoistość gruczołów jest z początku miękka, później twardnieją, dochodząc nawet czasami do spoistości chrząstki; w jednym pakiecie możemy znaleźć gruczoły różnej spoistości od miękkiej do zupełnie twardej. Objętość gruczołów w początkowym okresie tego cierpienia jest bardzo zmienna: od czasu do czasu zmniejszają się one, potem znów obrzmiewają. Obrzmienie gruczołów spotykamy najczęściej na szyi, rzadziej sprawa rozpoczyna się pod pachami lub w pachwinach, w śródpiersiu, w jamie brzusznej, czasem w kilku miejscach po kolei, np. na szyi, potem pod pachą i t. d. Śledziona jest często powiększona i twarda, większość jednak autorów zgadza się z tem, że bardzo duża śledziona spotyka się rzadko w limfogranulomatozie. W przypadku, przez nas spostrzeganym, śledziona sięgała poniżej pępka. Bardzo często występują obfite poty oraz swędzenie skóry, które jest objawem prawie patognomonicznym dla limfogranulomatozy. Z innych spraw skórnych opisywane są: różne wysypki swędzące; umiejscowienie limfogranulomatu w samej skórze w postaci płaskich guzików (Ziegler); ichtyosis; w naszym przypadku stwierdziliśmy na dolnych

kończynach wybitną, zwiększającą się keratosis follicularis. Co do wylewów krwawych, to w naszym przypadku występowały od czasu do czasu punkcikowate krwawe wylewy podskórne. O objawie tym w limfogranulomatozie wspominają Ziegler i Fabian, w pewnym przypadku limfogranulomatozy opisał go Hippel (10) również u 7-letniej dziewczynki. Inni autorzy, jak np. Naegeli (11), uważają wszelkie objawy skazy krwotocznej za wyraz cierpienia o charakterze białaczkowym. Jednocześnie z wzrastającem obrzmieniem gruczołów występuje stałe przyśpieszenie tętna oraz gorączka często o typie powrotnym; w okresie późniejszym, gdy stan jest ciężki, gorączka przechodzi w typ stały (febris continua).

Objawem charakterystycznym, występującym często, choć niezawsze w limfogranulomatozie, jest odczyn dwuazowy w moczu. W naszym przypadku odczyn ten wypadał od czasu do czasu dodatnio w pierwszych tygodniach pobytu dziecka w szpitalu, pod koniec jednak był stale ujemny.

Co się tyczy krwi, to obraz, charakterystyczny dla interesującego nas tu cierpienia, nie występuje w każdym przypadku; normalny wobec tego obraz krwi nie powinien nam nigdy przeszkodzić w rozpoznaniu limfogranulomatozy. Za charakterystyczny obraz krwi dla cierpienia tego należy uważać: wzmożoną ilość leukocytów, ciałek eozynochłonnych i monokomórek oraz zmniejszenie się ilości limfocytów. Większość autorów podkreśla znaczenie eozynofilii, któdochodzi czasami do 50%. Interesującym przyczynkiem do tego objawu jest przypadek R. Hertza (12), w którym eozynofilia we krwi wystąpiła dopiero po naświetlaniu guzów promieniami Roentgen'a. Wobec tego, że badanie owych gruczołów wykazało obecność w nich licznych komórek eozynochłonnych, należy przypuszczać, że w przypadkach limfogranulomatozy komórki eozynochłonne przechodzą do krwi z gruczołów, chorobowo zmienionych i zawierających te komórki. W niektórych przypadkach liczba monokomórek Ehrlich'a dochodzi do 30% i wyżej. Leenhardt podkreśla stałe występowanie u dzieci niedokrwistości i leukocytozy. Klein (13) zwraca uwagę na to, że leukocytoza sama nie ma znaczenia rozpoznawczego jako występująca też w innych sprawach gruczołowych. Na-

tomiast ważnym według autora tego objawem jest zmniejszenie się ilości limfocytów (czasem jednocześnie z leukopenią), jako nie spotykane w innych obrzmieniach gruczołów. Steiger (14) znajdywał w początkowych okresach limfogranulomatozy—limfocytozę, którą uważa za wynik podrażnienia narządów limfocytotwórczych; zmniejszenie się zaś ilości limfocytów w okresach późniejszych — wtedy, gdy odpowiednie narządy uległy zwyrodnieniu szklisto - włóknistemu i limfocytów wytwarzać nie mogą. Wogóle, w sprawie krwi w limfogranulomatozie zdania są bardzo rozbieżne, co się tłomaczy różnorodnością obrazów w poszczególnych przypadkach i różnych ich okresach.

W późniejszych okresach limfogranulomatozy występuje jednocześnie z objawami charłactwa bladość oraz niedokrwistość, rzadko bardziej wybitna. W naszym przypadku zwalczaliśmy te objawy za pomocą zastrzykiwania krwi ludzkiej śródmięśniowo i z dobrym skutkiem, ale oczywiście wyniki te były krótkotrwałe, wobec zasadniczego cierpienia.

Odczynowi Wassermann'a, który jest w większości opisywanych przypadków ujemny, nie przypisuje nikt z autorów znaczenia rozpoznawczego. Odczyny tuberkulinowe, wypadające często ujemnie, również znaczenia rozpoznaczego mieć nie mogą wobec częstości powikłania tej sprawy przez gruźlicę jawną lub ukrytą

Znaczenie biegunki, występującej często prawdopodobnie jako objaw zatrucia toksynami, podkreślają Ziegler i Leenhardt. Chosrojew i Kuczirenko (15) uważają biegunkę za jeden z najważniejszych objawów przy różniczkowaniu limfogranulomatozy od innych cierpień tej grupy.

W późniejszych okresach limfogranulomatozy występują objawy, zależne od umiejscowienia guza, np. w naszym przypadku występowały od czasu do czasu: duszność, mdłości, kaszel—wskutek ucisku guza na krtań oraz obrzęki skóry, zależne od zastoju w naczyniach chłonnych. Przy zajęciu gruczołów śródpiersia występuje zmiana oddechu, stłumienie i t. d. Gdy sprawa umiejscawia się w jamie brzusznej, możemy spostrzegać przesięk, żółtaczkę i t. d. Trwanie omawianego cierpienia waha się od kilku miesięcy do kilku lat. Klein spostrzegał przypadek, trwający 6 tyg.

Peiser (16) opisał przypadek, rozpoznany dopiero sekcyjnie, przebiegający w przeciągu 4 tygodni.

Autorzy dzielą przypadki limfogranulomatu na różne postacie, zależne od przebiegu, umiejscowienia lub obrazu klinicznego. Dla zoryentowania się jednak w rozpoznaniu różniczkowem wydaje mi się najodpowiedniejszem odróżniać postać internistyczną, najbliżej nas obchodzącą, i postać chirurgiczną.

Przy postaci pierwszej sprawa jest do pewnego stopnia uogólniona: zajęte są całe grupy gruczołów i inne narządy (śledziona, wątroba) w rozmaitych okolicach ciała. Najczęściej zachorowują gruczoły powierzchowne, według Steiger'a, Gowers'a i innych, najczęściej w następującym porządku: 1) gruczoły szyjowe, 2) nadobojczykowe, 3) pachowe, 4) drugostronne, 5) pachwinowe, 6) zaotrzewnowe, 7) oskrzelowe, 8) śródpiersiowe, 9) krezkowe. Steiger i Fabian utrzymują, że w limfogranulomatozie obrzmiewają zwykle gruczoły tylnego trójkąta szyi, w gruźlicy—przednie gruczoły, w syfilisie—tylne karkowe.

Do tej postaci zaliczyć też należy limfogranulomatozę śródpiersia, limfogranulomatozę płuc, śledziony i t. d.

W drugiej postaci, dającej objawy chirurgiczne, sprawa jest umiejscowiona: powstaje pojedyńczy guz na szyi, w kiszce, w żołądku, w krtani (jak w przypadku Kleina) i t. d.

Droga, jaką idzie nasze rozumowanie przy rozpoznaniu różniczkowem limfogranulomatu, zależy od tego, czy mamy do czynienia ze sprawą uogólnioną, czy umiejscowioną. W przypadkach pierwszej kategoryi główną rolę odgrywają: białaczka limfatyczna jawna lub ukryta i mięsak limfatyczny. Przy białaczce jawnej rozstrzyga o rozpoznaniu obraz charakterystyczny krwi, w której znajdujemy znacznie zwiększoną liczbę białych ciałek krwi i postaci patologiczne, o których mówić nie będę.

Natomiast chcę tu wspomnieć kilka słów o terminologii tych spraw, która jest dość zagmatwana. Cohnheim nazwał wszelkie obrzmienia gruczołów, nie wywołujące zmian leukemicznych we krwi,—pseudoleukemią, t. j. rzekomą białaczką. Pinkus ograniczył pojęcie pseudoleukemii, nazywając w ten sposób sprawy, wywołujące w tkan-

kach zmiany, analogiczne do tych, jakie znajdujemy w białaczce przy braku odpowiednich zmian we krwi. U wielu autorów zaś do dzisiejszego dnia błąka się nazwa rzekomej białaczki przy określaniu wszelkich spraw, podobnych do białaczki, a nawet jako nazwa ogólna dla grupy cierpień, złożonej z limfogranulomatozy, mięsaka limfatycznego i białaczki limfatycznej ukrytej, Dlatego najlepiej jest nazwę pseudoleukemii zupełnie odrzucić i uniknąć w ten sposób nieporozumień, utrudniających wyjaśnienie spraw i tak już dość powikłanych.

Wspólnemi cechami dla limfogranulomatozy i dla ukrytej białaczki limfatycznej są: obrzmienie gruczołów, powiększenie śledziony i wątroby, postępująca niedokrwistość i charłactwo. Kliniczne jednak różnice są dość znaczne. W białaczce sprawa jest od początku uogólniona, nie przenosi się z grupy na grupę gruczołów, jak w limfogranulomatozie. Guzy nie zrastają się między sobą, a w każdym razie w mniejszym stopniu, objętość ich nie waha się, spoistość jest więcej jednostajna, i gruczoły nigdy nie są tak miękkie ani tak twarde, jak w limfogranulomatozie. Ciepłota rzadko bywa podniesiona i nie ma nigdy typu powrotnego. We krwi znajdujemy limfocytozę; o ile jednak krew badana jest często, to od czasu do czasu można zauważyć ogromne zwiększenie się liczby białych ciałek, a w każdym razie zjawienie się we krwi dużej odsetki postaci chorobowych limfocytów, zwłaszcza w ostatnim okresie ukrytej białaczki. Sama limfocytoza, występująca stale w ukrytej białaczce limfatycznej, nie wystarcza dla odróżnienia jej od innych spraw, gdyż, jak mówiłam wyżej, występuje ona też czasem w początkowych okresach limfogranulomatozy, a także w gruźlicy gruczołów chłonnych.

Uogólniona postać mięsaka limfatycznego (postać Kundrat'a) przebiega w podobny sposób, jak limfogranulomatoza. a mianowicie: na szyi, albo rzadziej w śródpiersiu, lub w jamie brzusznej zaczyna rosnąć dość szybko pakiet gruczołów, wywołujący objawy uciskowe. Guzy te są przeważnie miękkie, zrośnięte ze skórą, wrastają wgłąb tkanek sąsiednich. Wcześnie występują objawy charłactwa. Dokładne spostrzeganie przebiegu klinicznego pozwala nam jednak prawie zawsze te cierpienia odróżniać, a m.: w cho-

robie K u n d r a t'a gruczoły są więcej jednolite, powiększają się stopniowo; niema wahań ciepłoty; przerzuty do skóry spotykają się bardzo często; nie występują poty, swędzenie skóry, ani obrzęki; śledziona i wątroba nie są powiększone; odczyn dwuazowy jest ujemny.

Banalna postać gruźlicy gruczołowej jest tak charakterystyczna przez swój przebieg przewlekły, rozpad, przetoki, blizny mostkowate, że nie odgrywa wcale roli przy różniczkowem rozpoznawaniu omawianych spraw. Istnieje jednak postać t. zw. granulomatu gruźliczego, mogąca w niektórych okresach budzić podejrzenie limfogranulomatu. Powstają mianowicie na szyi, czasem i pod pachami i w pachwinach, duże gruczoły, twarde, nie zrośnięte ze skórą, bez skłonności do rozpadu; często zmianom tym nie towarzyszą żadne objawy chorobowe ze strony płuc. Śledziona bywa czasami powiększona. Dla rozpoznania jednak limfogranulomatu brak swędzenia skóry, charakterystycznej ciepłoty, zmienności w konsystencyi gruczołów; guzy nie dochodzą nigdy do takiej wielkości, jak w limfogranulomatozie.

Przypadek, zupełnie odpowiadający temu opisowi, spostrzegaliśmy niedawno na oddziale u dziewczynki 8-letniej, u której badanie histologiczne wyciętego gruczołu potwierdziło rozpoznanie gruźlicy.

W sprawach syfilitycznych spotykamy czasami spore twarde gruczoły na szyi, pod pachami i w pachwinach oraz powiększenie śledziony. Rozpoznanie może przedstawiać czasami trudności. Zwykle jednak wywiady są inne, niż przy rozpoczynającej się limfogranulomatozie. Pomaga nam wtedy dodatni odczyn W a s s e r m a n n a, po którego wykonaniu zastosowanie leczenia swoistego ustala rozpoznanie ex juvantibus.

W sprawach umiejscowionych rozpoznanie różniczkowe będzie zależało od lokalizacyi cierpienia. Przy obecności guza zewnętrznego możemy znów myśleć o mięsaku lub gruźlicy. Przy umiejscowieniu guza limfogranulomatycznego w opłucnej, w kiszce, w żołądku, w krtani itp. przypuszczamy powstawanie nowotworów, względnie gruźlicy tych narządów. Rozpoznanie nie da się prawie nigdy ustalić za życia. O ile limfogranulomatoza umiejscawia się w śledzionie, co zdarza się bardzo rzadko, wtedy myślimy o różnych

cierpieniach śledziony, a więc o cierpieniu G a u c h e r'a, B a n t i'ego; w sprawach tych również rozstrzyga dopiero badanie pośmiertne.

Naogół w przypadkach limfogranulomatozy, przebiegających typowo, rozpoznanie nie jest zbyt trudne do ustalenia, zwłaszcza, że cierpienie to jest o wiele częstszem od białaczki ukrytej i od mięsaka limfatycznego. We wszystkich przypadkach o rozpoznaniu rozstrzyga ostatecznie histologiczne badanie wyciętego gruczołu, o ile jest dla nas dostępny, względnie badanie pośmiertne.

Gruczoł limfogranulomatyczny jest na przekroju barwy różowo-szarej, w późniejszym okresie biały albo szarawobiały z żółtemi plamami, odpowiadającemi ogniskom martwiczym, spoistości od miękkiej, jak wosk, do zupełnie twardej. Śledziona zawiera różnej wielkości i kształtu rozlane nacieczenia, nadające jej charakterystyczny wygląd porfiru. Mikroskopowo znajdujemy zupełnie zatarty normalny rysunek gruczołu, a na jego miejscu tkankę granulacyjną, a więc bujającą tkankę łączną, najczęściej siatkowato ułożoną. W oczkach tej siatki leżą najróżnorodniejsze komórki, fibroblasty, komórki nabłonkowate z dużem pęcherzykowatem jądrem, limfocyty, obojętnochłonne leukocyty, komórki tuczne, eozynochłonne, czasem w bardzo dużej ilości komórki olbrzymie o typie szpikowym, czasami w okresie karyokinezy nabłonkowate komórki plazmatyczne. Zależnie od okresu cierpienia i charakteru poszczególnego przypadku nie są obecne lub przeważają te lub inne postaci. Gruczoły, niedawno powstałe, są miękkie i obfitują w komórki; guzy starsze twardnieją coraz bardziej wskutek przeważania w nich tkanki łącznej; sprawa ta prowadzi do zbliznowacenia gruczołu, często następuje szkliste zwyrodnienie włókien łącznotkankowych. Charakterystyczne są ogniska martwicze, nie mające jednak tendencyi do rozpadu.

W gruczołach b i a ł a c z k o w y c h znajdujemy również zupełne zatarcie normalnej budowy gruczołowej, a na to miejsce bujanie limfocytów, względnie ich komórek macierzystych. Nacieczenia w śledzionie są jednolite, płaskie i nie nadają nigdy temu narządowi wyglądu porfiru. Preparaty z przypadków mięsaka limfatycznego różnią się tylko o tyle od preparatów białaczkowych, że limfocyty są duże, niety-

powe. Pappenheim (17) znajduje, że niema właściwie różnicy między budową limfosarkomatu a ukrytą białaczką, istnieje tylko różnica w stopniu złośliwości i w stopniu bujania—na korzyść mięsaka.

Po za temi jednostkami chorobowemi istnieją jeszcze przypadki, przebiegające klinicznie w podobny sposób, jak limfogranulomatoza, nie dające się pod względem budowy gruczołów zaliczyć do żadnej z grup wymienionych. Do takich przypadków nietypowych należą: przypadek Hertza i Mamrota (18), w którym gruczoły składały się wyłącznie prawie z komórek plazmatycznych, oraz przypadek Hertza i Wretowskiego (19), w którym stwierdzono w gruczołach bujanie jedynie limfocytów, śródbłonków i elementów tkanki łącznej.

Przechodzę teraz do etyologii i patogenezy limfogranulomatozy; sprawa ta jest jeszcze bardzo zawikłana, i poglądy na nią są różnorodne. Ze względu na charakter tkanki limfogranulomatycznej oraz sposób, w jaki następuje jej rozwój w ustroju, większość autorów jest zdania, że sprawa ta jest zapalna, a nie nowotworowa.

Ziegler uważa, że zajęcie przeważnie narządów chłonnych przemawia raczej za przynależnością tej sprawy do grupy białaczki limfatycznej. Klein również uważa limfogranulomatozę za cierpienie leukemiczne. Pod względem etyologicznym większość autorów uważa limfogranulomat za cierpienie pochodzenia gruźliczego. Aschoff (20) Benda, Ziegler przyznają, że różne sprawy zakaźne, a między innemi i gruźlica, wywołują w pewnych nieznanych nam warunkach odczyn, wyrażający się w powstawaniu tkanki granulacyjnej. Hirschfeld (21, 22) sądzi, że istnieje tylko luźny związek między gruźlicą a limfogranulomatozą, polegający na tem, że nieznane nam bakterye, wywołujące zmiany ziarninowe, rozwijają się najłatwiej w gruczołach gruźliczo zmienionych, lub też odwrotnie, że gruźlica rozwija się łatwo w gruczołach limfogranulomatycznych.

Much i Fraenkel stwierdzili w gruczołach z kilkunastu przypadków limfogranulomatozy obecność ziarenek Much'a i uważają to za dowód gruźliczego pochodzenia omawianej sprawy. Kwestyi tej jednak nie rozstrzygnęli. Pomijam już, że nie wszyscy badacze gruźlicy zgadzają się

z tem, żeby ziarenka, barwiące się metodą Much'a, były zawsze identyczne z gruźlicą. Pozatem jednak wielu autorom nie udało się wykryć ziarenek Much'a w granulomacie (Klein, Hirschfeld); w naszym przypadku ani w 7 innych przypadkach, w których szukaliśmy z kolegą Ryszardem Hertzem ziarenek Much'a, nie wykryliśmy ich ani razu.

Największą szansę wyświetlenia tej sprawy przedstawiają doświadczenia na zwierzętach: Sticker i Loewenstein (24) otrzymali u 2 świnek tkankę ziarninową przez zastrzyknięcie im do otrzewny gruczołu z przypadku limfogranulomatu: za pomocą tej tkanki ziarninowej świnek wywołali u drugiej seryi świnek typową gruźlicę. Lichtenstein wywołał również u świnek doświadczalną limfogranulomatozę i gruźlicę jednocześnie. W ostatnim zeszycie „Zeit. f. klinische Medizin" Steiger opisuje następujące wyniki swoich doświadczeń ze zwierzętami: przez szczepienie świnkom do otrzewnej gruczołu limfogranulomatycznego wywoływał u nich zmiany gruźlicze i limfogranulomatyczne jednocześnie. Z materyału tego wyhodował na agarze z tkanką mózgową czyste hodowle gruźlicze. Za pomocą szczepienia tych hodowli jednej seryi królików, a tkanki limfogranulomatycznej świnek — drugiej otrzymał u wszystkich tych królików typową gruźlicę. Wobec tego, że króliki są wrażliwe jedynie na typ bydlęcy, a niewrażliwe na typ ludzki gruźliczy, autor wyraża przekonanie, że limfogranulomatoza u ludzi jest wynikiem zakażenia gruźlicą bydlęcą. Dlatego osobnikowi, choremu na limfogranulomatozę, u którego próby zwykłe tuberkulinowe wypadały stale ujemnie, zaszczepił bovotuberkol (tuberkulina bydlęca) i otrzymał bardzo silny odczyn.

Co się tyczy leczenia—to stosują w tych przypadkach przeważnie naświetlanie promieniami X i arszenik w różnych postaciach. Usuwanie operacyjne guzów prowadzi szybko do nawrotów. Poprawa pod wpływem leczenia jest zawsze tylko przemijająca. Nie znamy dotychczas przypadku wyleczenia limfogranulomatozy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Die Hodgkinsche Krankheit. Ziegler K., Jena, r. 1911.

2. Fabian. Sammelreferat über Lymphogranulomatose. Zentralblatt f. Pathol. 1911, Nr. 4.

3. D'Espine i Picot (cyt. wg. Leenhardt'a).

4. Meyer. Dysertacya (wg Japha'y).

5. Japha. Pfaundler u. Schlossmann, r. 1910. T. II, str. 34.

6. Benjamin. Zur diff. Diagnose pseudoleukämiaartiger Krankheitsbilder. Ergebn. d. inn. Med. u Kinderheilkunde. r. 1910. T. VI.

7. Leenhardt. Lymphadenie aleucemique, La pratique des mal. des enfants. T. III.

8 Sternberg. Ueber eine eigenartige Form von Tuberkulose des lymphatischen Apparates. Zeitschrift f. Heilkunde. 1898. T. XIX, str. 21.

9. Benda. Verh. d. deutsch. Path. Ges. Berlin. 1904. S. 123.

10. Hippel B. Münch. Med. Woch. 1910, str. 384.

11. Naegeli. Leukämie u. Pseudoleukämie. 1913. Nothnagel Spec. Path. u. Ther.

12. R. Hertz. W sprawie ziarnicy złośliwej. Med. i Kron. Lek., r. 1912 i Arch. de Méd. exper. t. XXIV, r. 1912).

13. Klejn St. Lymphogranulomatosis. Gaz. Lek. Nr. 13, r. 1912.

14. Steiger. Berl. Klin. Woch. Nr. 46, r. 1913.

15. Chosrajew i Kuczirenko. Wopr. nauczn. Mediciny, Nr. 9—10, r. 1913.

16. Peiser. Med. Klin. Nr. 42, r. 1913.

17. Pappenheim. Ueber Pseudoleukämie u. verw. Kr. formen. Arch. f. kl. Chirurgie. 1903. T. 71, Nr. 2.

18. Ryszard Hertz i Artur Mamrot. Przypadek plasmocytomatu uogólnionego gruczołów chłonnych. Med. i Kron. Lek. 1913. Folia Haematol. XVI, r. 1913.

19. Ryszard Hertz i T. Wretowski. Gaz. Lek. 6—7, 1913.

20. Aschoff. Path. Anatomie.

21. Hirschfeld. Die Pseudoleukämie, Erg. der inn. Med. und Kind. 1911. T. 7, str. 165

22 Hirschfeld. Ueber den gegenw. Stand der Frage nach der Aetiol. der L.—Granul. Fol. Haem. 1913. XV. Z. 2, 8/IV, 184 str.

23. Much i Fränkel. Münch. Med. Woch. 1910, str. 685. Zeitschr. f. Hygiene. T. XVII, z. 3.

24. Sticker i Loewenstein. Zentr. Bacter. 1910.

25. Lichtenstein. Virch. Arch. T. CCII, z. 2.

26 Steiger. Zeit. f. kl. Med., r. 1914.

Przypadek obrzęku śluzowatego (myxoedema) u dziewczynki 7-letniej, na oddziale kol. Korybuta-Daszkiewicza w Domu Wychowawczym spostrzegany

Podał

L. Bondy.

Obrzęk śluzowaty u dzieci w naszym kraju należy bezsprzecznie do rzędu cierpień, bardzo rzadko spotykanych, a nie o wiele częściej spostrzega się i gdzieindziej. Aczkolwiek nie mało pisano o nim w literaturze europejskiej, a poczęści i naszej, różni badacze jednakże nie zgadzają się ze sobą — jak zobaczymy to niżej — w różnych szczegółach obrazu klinicznego cierpienia. Znajomość zaś dokładna jego objawów jest niezmiernie ważną dlatego, że od rozpoznania choroby zależy jej leczenie przyczynowe, które—według zgodnego zdania klinicystów—daje tem lepsze wyniki, im wcześniej jest rozpoczęte.

Powyżej wyłuszczone względy upoważniają mnie poniekąd do ogłoszenia szczegółowego opisu spostrzeganego przezemnie przypadku.

Janinka S., l. 7, z pierwszego już wejrzenia zwraca uwagę swym małym wzrostem, który wynosi wszystkiego 78.2 ctm.; wzrost ten odpowiada mniej więcej długości ciała dziecka, mającego $1^3/_4$ r., a niższy jest od przeciętnego wzrostu dziecka w jej wieku (113 ctm.) o 14,8 ctm. Trzeba zaznaczyć, że karzełkowatość w danym przypadku jest rzeczywiście

bardzo znaczna, gdyż według statystyki Kassowitz'a, wzrost chorego dziecka, mającego 7$^{1}/_{3}$ lat, sięgał 83 ctm.

Głowa Janinki jest ogromna, wynosi bowiem 53 ctm. w obwodzie, co odpowiada przeciętnemu wymiarowi dorosłego człowieka; jej wiekowi odpowiada wymiar obwodu 44 ctm., a dla długości jej ciała stosowną byłaby głowa, mająca w obwodzie wszystkiego 39 ctm. Rozrost głowy u naszej chorej zależy głównie od nieproporcyonalnego rozwoju kości potylicznych, czoło zaś jej jest spłaszczone z boków i nizkie; kształt głowy przypomina asymetryczny sześcian, spadzisty od tyłu z prawej strony ku przodowi i stronie lewej. Włosy na głowie rzadkie, niezmiernie suche i grube; skóra głowy pokryta łuskami i strupkami. Ciemiączko duże niezarośnięte (2,5 × 1,5 ctm.). Górne i dolne powieki obrzmiałe, sinawe, pod oczami sińce. Zgodnie z poglądem Bourneville'a i wbrew Kassowitz'owi, epicanthus nie spostrzega się. Wybitne zapalenie brzegów powiek. Rzęsy nieprawidłowo osadzone i łatwo wypadające. Oczy względnie duże, bez wyrazu. Uszy — wbrew temu, co się najczęściej spotyka u takich chorych, — dość kształtne. Nos szeroki, spłaszczony, u podstawy nieco zapadnięty. Usta szerokie, o wargach grubych, jakby obrzmiałych, sinawych, nawpół otwarte; z kątów ust bezustannie prawie wycieka ślina; koniec języka zawsze prawie wysunięty z ust—zależy to może od tego, że język jest znacznie powiększony, zgrubiały, i jakby mu brakło miejsca w jamie ustnej. Błona śluzowa dziąseł obrzmiała, kilka (4) ropni na niej; zęby—mleczne jeszcze—wszystkie prawie spróchniałe, żaden nie wypadł. Sklepienie podniebienia raczej nizkie i szerokie, jak opisują Bourneville i Bord, a nie wysokie, głębokie, jakie spostrzegali Kassowitz i Pfaundler. Podbródek nieproporcyonalnie mały. Policzki pucołowate, wydęte. Skóra twarzy gruba, sucha, ziemisto-blada, jakby nalana.

Ta potworna głowa, o twarzy, pozbawionej wszelkiego wyrazu, nieruchomej, jakby maska, wydaje się być osadzoną wprost na tułowiu—tak krótką i grubą jest szyja. Przy obmacywaniu szyi znajdujemy mnóstwo gruczołów — podszczękowych i szyjowych — oraz tłuszczaki rzekome (pseudolipomata), które zwłaszcza usadowiły się na karku i w jamach nad- i podobojczykowych. Gruczołu tarczo-

wego nie wymacuje się (prawda, że i u dziecka zdrowego niezmiernie trudno go wymacać).

Potworność postaci karzełkowatej dziecka potęguje się jeszcze przez to, że jest ono właściwie otyłe, ma szeroką pierś i duży brzuch przy bardzo krótkich kończynach dolnych. Obwód klatki piersiowej na wysokości brodawek wynosi 54,5 ctm., co mniej więcej odpowiada jej wiekowi a o 18,5 ctm. przewyższa odpowiednie wymiary, właściwe jej wzrostowi. Klatka piersiowa żadnych nieprawidłowości, oprócz odstawania dolnych żeber na zewnątrz, nie przedstawia.

Brzuch zato jest tu bardzo charakterystyczny dla tego rodzaju chorych: jest on duży, obwisły, o obwodzie na wysokości pępka, wynoszącym 59,5 ctm.; bardzo wydatna przepuklina pępkowa.

Grzbiet zlekka pochylony; kręgosłup żadnych nieprawidłowości nie przedstawia. Kończyny, zwłaszcza dolne, dość grube i krótkie. Dłonie i stopy bardzo szerokie o grubych, obrzmiałych palcach (pattes de pachydermes francuskich autorów). Te szerokie, względnie duże ręce są tak niezgrabne, że ledwie potrafią utrzymać łyżeczkę, którą chora niesie do swych ust. Paznogcie u palców rąk i nóg żadnych zaburzeń odżywczych, tak często na nich spotykanych w przypadkach obrzęku śluzowatego, nie zdradzają.

Nasady kości długich są zgrubiałe, jak u krzywiczych; kości przedramienia są nieco zgięte łukowato, golenie wykrzywione (o-Beine).

Skóra na tułowiu i kończynach gruba, twarda, szorstka i bardzo sucha: nawet pod pachami i w pachwinach nie można odkryć śladów pocenia się; cała skóra, a zwłaszcza na kończynach dolnych — bardzo chłodna na dotyk, pokryta drobnemi łuseczkami, robi wrażenie nacieczonej, chociaż po ucisku palcem nie powstaje żadne wgłębienie, jak przy zwykłym obrzęku. Skóra na nogach zawsze czerwona z fioletowym odcieniem i chłodna.

Pomimo swego małego wzrostu, Janina waży względnie dużo, mianowicie 13,5 k., co odpowiada wiekowi $3^1/_2$ l., a — jak sobie przypominamy — wzrostem nie przewyższa dziecka $1^3/_4$ l. M a g n u s-L e w y przypisuje względnie dużą

wagę w stosunku do wzrostu u tych, prawie bez ruchu pozostających, chorych zwolnionej przemianie materyi.

Waga dziecka tem więcej jest zastanawiająca, że jada ono niesłychanie mało, o jedzenie nigdy się nie dopomina, a z porcyjki swojej nie zjada nawet trzeciej części. Wbrew temu, co się zwykle spostrzega u chorych na obrzęk śluzowaty, u Janinki szczególnego wstrętu do pokarmów mięsnych nie zauważono, chociaż woli roślinne i mleczne. Wypróżnienia—sformowane, suche, b. ścisłe, nie codzienne.

Nie tylko jednakże trawienie — wszystkie czynności tego chorego ustroju odbywają się niezwykle ospale: powiedziałbym, że jest w nim tylko minimum życia.

Tony serca czyste, rytmiczne; uderzenia są raczej częste, lecz tak słabe, że ledwie dosłyszalne. Tętna zaś, badając je codziennie przez cały szereg tygodni na tętnicy promieniowej i goleniowej, ani razu nie mogłem wyczuć. Sądzę, że w zależności od tej upośledzonej działalności serca oraz narządów krwiotwórczych spostrzegamy u chorej uderzającą bladość zarówno skóry, jak błon śluzowych.

Niezmiernie ciekawe jest zachowanie się ciepłoty u chorej. Starannie mierzona w kiszce stolcowej dwa razy dziennie w ciągu dwóch miesięcy, ledwie 4 razy w różnych odstępach czasu dosięgnęła ona 36,6° — dwa razy zrana i dwa wieczorem; najczęściej wahała się między 35,8° a 36,2°, wiewielokrotnie zaś opadała do 35°.

Zgodnie z tą nizką ciepłotą spostrzegamy u dziecka bardzo obniżoną temperaturę powłok ciała, a zwłaszcza kończyn dolnych, które wprost sprawiają wrażenie odmrożonych.

Co się tyczy życia duchowego dziecka, jest ono wybitnie upośledzone. Chora odznacza się zadziwiającą apatyą: położona — leży całemi godzinami, posadzona — siedzi bez ruchu, postawiona na nogi — będzie stała długo, nie poruszając się, bo nie umie chodzić, i nie zdradzając czemkolwiek, że pozycya ta jej nie dogadza. Twarz jej jest poważna, nieruchoma i pozbawiona wszelkiego wyrazu; nie śmieje się prawie, płacze nadzwyczaj rzadko. Nie interesuje się wcale swem otoczeniem: zabawy dzieci naookoło niej nie nęcą jej wcale. Otoczenie swoje jednakże poznaje. Nie mówi wcale, — nawet ojca nie może nazwać „tata“;

jedyne wyrazy, jakie wymawia, są to: „tak" i „bla-bla", które bezmyślnie powtarza w chwilach jakiegoś zadowolenia. Upośledzeniem inteligencyi zapewne trzeba wytłomaczyć to, że chora prawie zawsze oddaje pod siebie mocz i kał, jeśli nie jest dopilnowana.





Badanie moczu wykazało nizki jego ciężar właściwy (1003), mniejszą względnie ilość kwasu moczowego i mocznika, niż normalnie, i wzmożoną zawartość indykanu; chlorki i fosforany w zwykłej ilości, białka i cukru nie wykryto.

Krew, łaskawie zbadana przez kol. Serkowskiego, wykazała dość znaczne zmiany charakterystyczne dla omawianego cierpienia. Przedewszystkiem wybitne zmniejszenie czerwonych krążków (3.664.000); białych ciałek — 7.800. Krążki czerwone barwią się prawidłowo; wielobarwności niema. Postaci z jądrami lub ziarnistością niema. Niema też wielopostaciowości (poikilocytozy); anizocytozą nie-





znaczna. Zawartość w czerwonych krążkach hemoglobiny okazała się wyraźnie zmniejszoną, gdyż metoda Gowers'a-Sahli'ego wykazała tylko 55 stopni zamiast norm. 70°, a spektrofotometrycznie 75,6%. Co się tyczy białych ciałek, sto-

sunek wzajemny poszczególnych ich postaci jest zmieniony, mianowicie: wybitna „eozynophilia (21% — zamiast 2—4%!), limfocytów dużych i małych 31%; wielojądrzastych obojętnochłonnych mniej, niż zwykle—39,5% (zamiast 75—70% u dorosłych, a 50% u dzieci); wielojądrzastych zasadochłonnych —1,5% (zwiększona); postaci przejściowych 7%. Ilość płytek Bizzozero zwiększona.

Kol. Serkowski wykonał też odczyn Abderhalden'a—surowicy krwi mojej chorej z białkiem gruczołu tarczowego; odczyn wypadł bardzo wyraźnie dodatnio (serum + albumen thyreoid. +++, samo serum [kontrola] —).

Dzięki uprzejmości kol. Drozdowicza, mogłem uzupełnić badania moje za pomocą zdjęcia Roentgen'owskiego dłoni i stopy chorej. (Zdjęcie podstawy czaszki żadnych zmian w siodle tureckiem nie wykazało).

Na załączonych tu zdjęciach przedstawione są prawe dłoń i stopa chorej mojej i 7-letniej dziewczynki zdrowej (rys. 1 i 1a, um. na str. 308 i 309). Jeden rzut oka na te równoległe rysunki uwydatnia już te zmiany, które zachodzą w budowie kostnej chorego na obrzęk śluzowaty. Widzimy w ręce kompletny brak nasad, gdy takowe w ręce dziecka zdrowego już są skostniałe i gotowe są do złączenia się z kościami długiemi; następnie, z małych kości zapiąstka widzimy u naszej chorej jądra skostnienia li tylko dwóch kości (os hamatum i os capitatum), które są w tym samym stanie już u dziecka 5-miesięcznego; u dziecka zdrowego widzimy wszystkie drobne kości już skostniałe za wyjątkiem os pisiforme, która kostnieje w wieku l. 10. Toż samo spostrzegamy na roentgenogramie stopy, gdzie skostniałe są te tylko kości śródstopia, których kostnienie zaczyna się już w życiu płodowem albo w pierwszych miesiącach niemowlęctwa (dr. Alban, Lexicon der Grenzen etc. im Roentgenbilde).

Nie byłby niniejszy opis kompletnym, gdybym go nie uzupełnił wywiadami. Są one, niestety! bardzo skąpe. Ojciec słabowity, nie ma ani gruźlicy, ani kiły, jeśli nie jest alkoholikiem, to w każdym razie pije dużo; matka umarła na gruźlicę. Dwoje dzieci umarło we wczesnem dzieciństwie; jedno z nich chodziło, już mając 9 m. Trzecie dziecko umar-

ło z niewiadomej przyczyny w wieku lat 4; zaczęło chodzić w 4-m roku, było nierozgarnięte, prawie nie mówiło, miało dużą głowę — „chorowało na angielską chorobę“. Z pewnem prawdopodobieństwem można tu podejrzewać obrzęk śluzowaty. Nasza chora prawie od urodzenia zwracała uwagę rodziców niezwykłą „miękkością” swego ciała, ogromnym spokojem swoim i nieruchomością. Nie mówiła nigdy. Na nogach zaczyna stawać, mając skończone 3 lata. Przechodziła ospę wietrzną. Przez cały szereg lat była leczona na krzywicę.

Przed dwoma laty spędziła sezon w Ciechocinku; pobyt tam nie zrobił jej dobrze. Jedno lato, spędzone na wsi, wywołało pewną poprawę.

Biorąc pod uwagę stan obecny dziecka oraz dane z wywiadów, chorobę jej wypada określić, jako myxödema infantile praecox.

Ze szpitala im. Karola i Maryi w Warszawie (Lekarz naczelny dr. J. Brudziński).

Przypadek obrzęku śluzowatego u 16-letniej dziewczynki

Podał

Tadeusz Kopeć

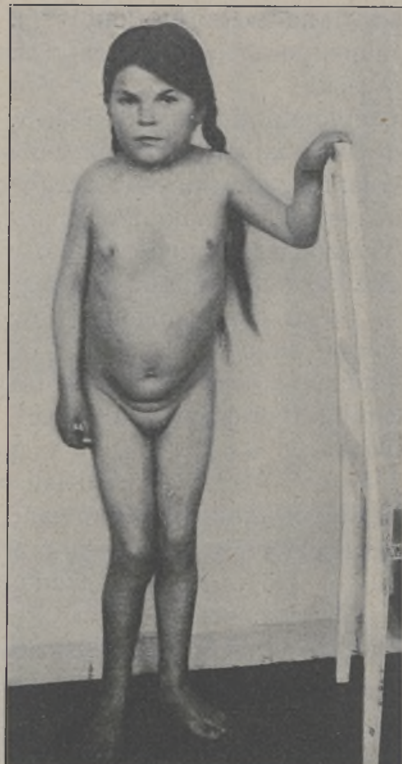
Ordynator szpitala.

Obrzęk śluzowaty nie przestaje być kwestyą aktualną nietylko w naszem piśmiennictwie zarówno ze względu na rzadkość tego cierpienia, jak i ze względu na niewyświetlone jeszcze punkty w obrazie tego schorzenia, dlatego pozwalam sobie opisać w krótkości przypadek nader typowy, spostrzegany w ambulatoryum szpitalnem.

Dn. 11-go grudnia 1913 roku zgłosiła się do mnie szesnastoletnia Frania S., której matka zeznała, co następuje: dziecko czesne, urodzone normalnie, w ciągu pierwszego roku życia przechodziło „chorobę mózgową", zakończoną wyciekiem ropnym z ucha prawego. Ząbkować zaczęło w drugim, chodzić w trzecim roku życia, było zawsze spokojne i ciche —„bez życia", pod względem umysłowym rozwija się mało i nader powolnie.

Na pierwszy rzut oka chora robi wrażenie dziecka niedorozwiniętego: wzrost mały, głowa względnie do tułowia

duża; włosy liche, splecione w dwa cienkie warkoczyki, nie są łamliwe. Typ czaszki krótkogłowy (brachycephalus), guzy ciemieniowe wyraźnie zaznaczone, obwód największy—52 ctm. Czoło nizkie, brwi skośne, powieki grube, szpary oczne wązkie, lekko zaznaczona zmarszczka nakątna (epicanthus). Źrenice nierówne, oddziaływują na światło i nastawienie, przestrzeń międzyoczna i nos u nasady szerokie, nos kształtu „siodełkowatego“. Policzki blade, jak gdyby obrzęknięte, wargi grube, domknięte, język niewidoczny. Małżowiny uszne dość duże, mięsiste, niekształtne, przypominają uszy satyra. Twarz o typie kretynki, wyraz głupkowaty, chmurny.



Próchnica zębów, język gruby, brózdkowany, czerwony. Śluzówka jamy ustnej i gardzieli dosyć blada, migdałki niepowiększone, podniebienie szerokie, szew środkowy wydatny.

Gruczoły szyjowe wielkości ziaren grochu, gruczoł tarczowy nie wyczuwa się wcale.

Budowa upośledzona, odpowiada budowie dziecka 8—10-letniego. Wzrost zaledwie 112 ctm., obwód klatki piersiowej 65 ctm., waga 21,900 grm. Skóra sucha, nawet pod pachami, szorstka, blada, na dotyk chłodna. Na kończynach dolnych sinica wyraźna. Tkanka podskórna obficie

rozwinięta, wiotka, śluzowata, nagromadzona miejscami w ilości niezwykle dużej daje zgrubienia poduszkowate, np. w okolicy nadobojczykowej i sutkowej. Brak owłosienia pod pachami i na wzgórku łonowym. Mięśnie wiotkie, słabo rozwinięte, porażeń brak, chód kaczkowaty — obustronne stopy płaskie.

Ciepłota pod pachą 35.8°C, w odbytnicy 36,4°C; tętno 100, równe, miarowe, o napięciu słabem. Granice stłumienia serca: IV żebro, prawy brzeg mostka, lewa linia sutkowa. Tony czyste, choć mało dźwięczne. Ze strony dróg oddechowych zmian nie stwierdzono.

Brzuch względnie duży, wzdęty, brak przepukliny pępkowej. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się. Uporczywe zaparcie stolca.

Badanie moczu nic szczególnego nie wykazało.

Próba Pirquet'a ujemna.

Próba Wassermann'a quoad luem ujemna.

Odruchy z łącznic i gardzieli zachowane, z mięśni dwu i trójdzielnych ramienia zachowane, brzuszne żywe, kolanowe i ze ścięgien Achilles'a żywe, podeszwowy po stronie prawej słaby, po lewej nie udaje się wywołać. Babiński po obu stronach ujemny.

Przy badaniu chora zachowuje się dosyć obojętnie; naogół jest bojaźliwa, nieufna, pozostawiona w spokoju zachowuje się głupkowato (dłubie w nosie). Interesuje się mało otoczeniem, najbliższe poznaje. Rachuje dobrze do dwudziestu, oryentuje się co do dnia, co do miesiąca już nie. Wie, jak się nazywa, ile ma lat, ile palców u rąk i nóg. Wie, że jest w Warszawie, a z tego, że jest w szpitalu, sprawy sobie nie zdaje; poznaje wizerunek Matki Boskiej na medaliku własnym, zapytana jednak, co jest na drugiej stronie (wizerunek Chrystusa), odpowiedzieć nie umie.

Badanie roentgenologiczne, dokonane łaskawie przez kol. Drozdowicza, wykazało, co następuje: siodło tureckie normalne, nie powiększone. Pomiędzy talerzami miednicy i kośćmi łonowemi wyraźnie zaznaczone spojenie chrząstkowe, t. zw. Y lub Zwischenknorpel (norma do lat 12—13). Kości łonowe i kulszowe dotąd niezrośnięte (norma do lat 8—10). Na granicy główek i szyjek kości udowych szerokie warstwy chrząstkowe (norma do lat 11—12).

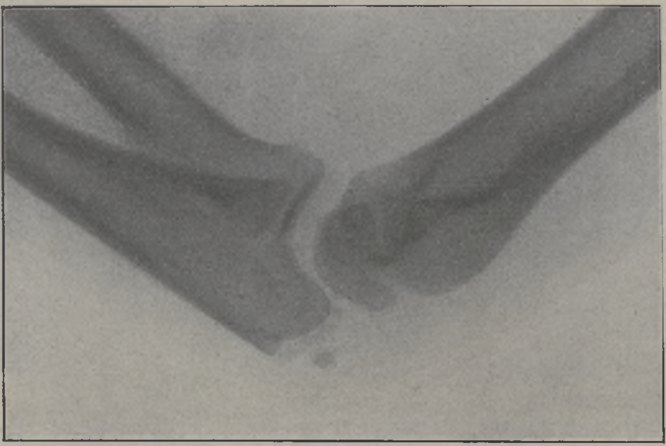
Jeszcze ciekawsze dane spostrzegamy na zdjęciach górnej kończyny prawej; przy porównaniu odbicia dłoni

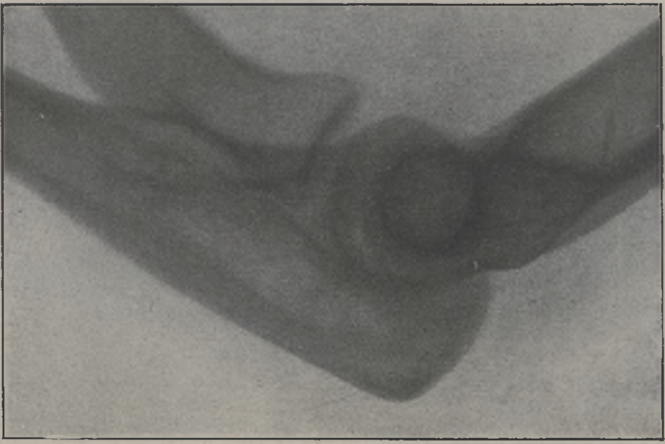




i stawów łokciowych naszej pacyentki oraz szesnastoletniej dziewczyny zdrowej rzuca się w oczy duża różnica w rozwoju obu tych kończyn.

Pominąwszy mniejsze wymiary pierwszej wogóle, zaznaczyć należy: nasady kości promieniowej i prętowej, kości napięstkowych, śródręcza i policzków palców u pierwszej niedorozwinięte, u drugiej zrośnięte w zupełności. Kości grochowate (pisiforme) widoczne u obu.





Słaby rozwój nasady wyrostka łokciowego (olecranon) u pierwszej, już niewidoczna linia nasadowa, sam wyrostek dobrze rozwinięty, skostniały u drugiej. To, co widzimy u chorej, odpowiada wiekowi lat 9—10, nie więcej. Bardzo słaby rozwój bloczka kości ramieniowej (trochlea) u pierwszej (norma do lat 12), dobrze i zupełnie rozwinięty u dru-

giej; wreszcie, nasada kości promieniowej jest jeszcze u naszej chorej szeroką warstwą chrząstkową oddzielona—zjawisko w tym wieku zgoła nienormalne.

Z powyższego wynika, że rozwój kośćca jest w spostrzeganym przez nas przypadku wstrzymany, opóźniony o 3—4 lata według danych z piśmiennictwa (Wilms i Sick), o 4—6 lat zgodnie z doświadczeniem, zdobytem przez kol. Drozdowicza na materyale miejscowym, a uzupełnionym specyalnie dla porównania z naszym przypadkiem badaniami, dokonanemi u dziewcząt zdrowych.

Ze szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie (Lekarz naczelny Dr. J. Brudziński), z ambulatoryum (ord. Dr. T. Kopeć).

Przypadek mongołowatości u oseska 8-miesięcznego.

Podał

Remigiusz Stankiewicz.

Obserwowany przezemnie w ambulatoryum szpitala przypadek mongołowatości, jako niezmiernie typowy, nadaje się do szczegółowszego omówienia. Dotyczy on Janinki I., oseska 8-miesięcznego: dziecko z kolei 8-me, pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec jest alkoholikiem. Poród dziecka samoistny i normalny; dotychczas karmione piersią, waga—5,900 grm.

Typ dziecka wybitnie mongołowaty: szpary oczne bardzo wązkie, przebiegają skośnie na dół i ku wewnątrz; nawewnątrz tworzą fałdę — zmarszczkę nakątną (epicanthus); nos u nasady spłaszczony, zapadnięty i krótki; przestrzeń międzyoczna szeroka, równająca się 2,5 cm.; źrenice równe, prawidłowo oddziaływują na światło; usta małe, podczas płaczu niepomiernie rozszerzają się—dzięki czemu dziecko

ma wtedy bardzo niemiły, brzydki wyraz twarzy; wargi ust nieco rozchylone, język powiększony, zlekka wysunięty; podniebienie rynienkowate, zębów brak; ciągłe wysuwanie dosyć długiego języka i skośne oczy ze zmarszczką nakątną nadają twarzy charakterystyczny wygląd (patrz fot.).



Czaszka mała, okrągła—wybitnie zaznaczone krótkogłowie (brachycephalia); ciemię duże otwarte (3×4), po za tem czaszka skostniała; obwód główki 41 ctm., włosy cienkie i gęste. Zwracają na siebie uwagę zniekształcone uszy — formy trójkąta — tak zwane uszy satyra; płatki ucha prawie nie zaznaczone; obrąbek ucha (helix) spłaszczony. Skóra z odcieniem ciemno-żółtawym, nie ciastowata, nie łuszcząca się – normalna; tkanka tłuszczowa umiarkowanie rozwinięta, mięśnie wiotkie; kościec budowy prawidłowej, objawów krzywicy brak zupełny; daje się zauważyć wybitna wiotkość, giętkość stawów: obie kończyny dolne z łatwością można założyć na plecy (po za ramiona) tak, że na karku spotykają się pięty i podeszwy; w stawie kolanowym można nóżki zgiąć w ten sposób, że podeszwy swobodnie przytykają do pośladków; pozatem kończyny dolne można z łatwością ustawić (odprowadzić) pod kątem prostym do tułowia (boku). W stawach międzyczłonkowych palców daję się również zauważyć nadmierna giętkość: naprzykład, palce u rąk o tyle można wygiąć, że układają się zupełnie lekko na tyle ręki; stopy zaś udaje się z łatwością zetknąć z przednią powierzchnią goleni.

Gruczoły chłonne powierzchowne nie powiększone. Gruczoł tarczowy nie wyczuwa się wcale.

Długość ciała wynosi 70 cm., kończyn dolnych—23$^1/_2$ cm. rzuca się w oczy pewna jakby otyłość, okrągłość kształtów, wspólna wszystkim mongołowatym, pomimo iż waga dziecka wynosi tylko 5,900 gr, Obwód klatki piersiowej—39 ctm. W płucach i sercu zmian brak. Brzuch umiarkowanie wzdę-

ty, przepuklina pępkowa wielkości małego orzecha laskowego; dziecko od urodzenia miewa ustawicznie zaparcie stolca, na co szczególną uwagę zwraca w wywiadach matka. Ciepłota ciała, mierzona w odbytnicy—37°. Odruchy ze ścięgien normalne; dziecko na otoczenie nie zwraca zgoła uwagi; nie śmieje się wcale, ustawicznie bawi się rękami, samodzielnie siedzieć nie może. Twarz dziecka jakby trochę obrzmiała, bez wyrazu inteligencyi.

Ze względu na typowość przypadku i obecność poszczególnych cech i objawów, właściwych jedynie tylko mongołowatości, rozpoznanie nie nasuwa wątpliwości. Dla uzupełnienia obrazu klinicznego przytoczę jeszcze zdjęcie R'oentgen'owskie dłoni, wykonane przez kol. Wiśniewskiego w pracowni szpitalnej.



Wykazuje ono wyraźnie zarysowane 2 jądra kostnienia w stawie nadgarstkowym, w przeciwieństwie do obrzęku śluzowatego, w którym znaczne opóźnienie w zjawieniu się jąder kostnienia jest jednym z objawów charakterystycznych.

ODCINEK.

Centralny dolnoaustryacki przytułek dla dzieci.

Skreślił

S. Łyskawiński.

Jedną z poważniejszych instytucyi społecznych w Wiedniu, przeznaczonych do celów ochrony niemowląt i wogóle opieki nad dziećmi, jest t. zw. centralny dolnoaustryacki przytułek dla dzieci (das niederoesterreichische Landes-Zentralkinderheim), obejmujący swoją działalnością całe terytoryum Austryi Dolnej. Instytucya ta powstała wzamian założonego w r. 1784 domu podrzutków (die niederoesterreichische Findelanstalt); działalność swoją rozpoczęła w r. 1910.

Zakres działalności zakładu, znacznie szerszy w porównaniu z działalnością instytucyi poprzedniej, obejmuje: pielęgnowanie i opiekę nad dziećmi, pozbawionemi opieki rodzicielskiej; dochodzenie praw tychże dzieci w stosunku do ich rodziców naturalnych; udzielanie pomocy lekarskiej i porad w sprawie opieki prawnej niezamożnym matkom, jak również przybranym opiekunom i wychowawcom dzieci nieślubnych. Do zakładu przyjmowane są dzieci kategoryi następujących:

1) Przedewszystkiem mają do tego prawo niemowlęta pochodzenia nieślubnego, urodzone w klinikach położniczych; warunek przyjęcia jest taki, iż matki ich muszą podjąć się pełnienia obowiązków karmicielki w zakładzie przez czteromiesięczny okres czasu; są to t. zw. dzieci zakładowe (Heimkinder). *)

---

*) Do tej kategoryi zaliczone być mogą tylko dzieci, pochodzące z okręgu Austryi Dolnej.

Pod opieką zakładu mogą one pozostawać tylko do ukończenia t. zw. wieku normalnego, za który w pewnych okręgach uważany jest rok szósty, w innych—dziesiąty.

2) Dzieci te, o ile po ukończeniu wieku wymienionego, nie zostaną wzięte na utrzymanie bezpłatne przez rodzinę lub kogoś obcego, zasługującego na zaufanie, mogą pozostać w zakładzie na warunkach t. zw. opieki przedłużonej aż do 14-go roku życia.

3) Dzieci, urodzone poza obrębem kliniki i zakładów położniczych, bez względu na pochodzenie ślubne lub nieślubne, gwałtownie potrzebujące opieki z powodu warunków wyjątkowych, o ile są zaopatrzone przez właściwe władze w odpowiednie świadectwa, mogą być przyjęte na pewien określony czas; są to t. zw. dzieci-sieroty (Asylkinder).

4) O ile jest miejsce po uwzględnieniu potrzeb pierwszych trzech kategoryi, mogą być również przyjmowane dzieci, nie posiadające kwalifikacyi, odpowiadających wyżej wymienionym przepisom, lecz przez wzgląd na okoliczności wyjątkowe—potrzebujące opieki zakładowej; są to dzieci t. zw. płatne; na tych warunkach mogą być przyjmowane dzieci nie starsze ponad lat cztery, przytem tylko[*] na czas ściśle ograniczony, ewentualnie najdłużej — do ukończenia wieku normalnego.

Warunki przyjęcia dzieci do zakładu i pobytu w nim są następujące:

Odnośnie do dzieci kategoryi pierwszej. Nie mającą środków na wychowanie swego dziecka nieślubnego matkę, w 10-ym dniu po odbyciu przez nią połogu, zakład położniczy odsyła do przytułku; o ile badanie lekarskie wykaże, że posiada ona kwalifikacye na karmicielkę i jako taka przez wzgląd na dziecko swoje lub dzieci zakładowe dla instytucyi jest potrzebna, pozostaje w nim, w przeciwnym razie—po wydaniu dziecka—zakład opuszcza; do zakładu mogą być przyjmowane również dzieci bez matek (w razie ich choroby, odpowiedzialności policyjnej lub sądowej etc.). Termin pobytu dzieci tej kategoryi w zakładzie kończy sie z upływem lat sześciu; o ile po tym terminie nie weźmie ich nikt na wychowanie, mogą pozostać za zgodą krajowych władz dobroczynności publicznej na czas dłuższy (do lat 14), poczem już przechodzą pod opiekę stałą instytucyi dobroczynnych. Koszt utrzymania dzieci tych do ukończenia 6-go roku ponosi zarząd miejscowości, z której one pochodzą; za dzieci, znajdujące się w zakładzie na warunkach opieki

---

*) Dzieci te mogą pozostawać w zakładzie dopóty, dopóki nie zostaną zabrane przez zarząd właściwej instytucyi dobroczynnej lub przez kogokolwiek z osób prywatnych; w przeciwnym razie mogą pozostać do ukończenia lat 14.

prolongowanej, płaci zarząd odpowiednich instytucyi dobroczynnych. Mogą jednak dzieci te zakład opuścić również przed terminem obowiązującym (w przypadkach zapewnienia im opieki przez zarząd miejscowości rodzinnej, gdy matka nie chce być mamką w zakładzie; na żądanie matki, zrzekającej się opieki zakładu nad dzieckiem, w razie zamążpójścia matki *) i wogóle zmiany warunków egzystencyi dziecka, dzięki której opieka zakładowa dlań nie jest konieczną).

Dzieci kategoryi drugiej i trzeciej przyjmuje zakład za zgodą lub naskutek interwencyi władz instytucyi dobroczynności publicznej, przytem na ich koszt. Dzieci te winny być zaopatrzone w odpowiednie świadectwa (metrykę, zobowiązanie piśmienne władz odpowiednich do odpowiedzialności płatnej za dziecko, świadectwo lekarskie).

Dzieci płatne przyjmowane są na koszt osób, które do płacenia za nie zobowiązują się. Wysokość opłaty wynosi:

Za dzieci, piersią karmione — 5 koron dziennie
„ „ sztucznie „ — 3 „ „
„ „ od roku do 6 lat — 2 „ „

Do przyjęcia dziecka tej kategoryi potrzebne są również takie same papiery.

Należy zwrócić uwagę, że do zakładu nie są przyjmowane dzieci z chorobami zakaźnemi (wyjątek stanowią: przymiot i zapalenie ropne spojówek u noworodków; dla nich przeznaczone są w zakładzie oddziały specyalne. Dzieci matek, dotkniętych chorobą zakaźną, mogą być przyjęte do zakładu dopiero po upływie czasu, odpowiadającego okresowi wylęgania danego cierpienia.

Przyjęciem zarządza dyrekcya zakładu; w sprawie przedłużenia opieki musi odwoływać się do wydziału krajowego.

Obowiązki zakładu w stosunku do matek dzieci przyjętych.

Matki, pozostające z dzieckiem w zakładzie, otrzymują mieszkanie, ubranie, bieliznę i całodzienne utrzymanie; wzamian za to mają one przedewszystkiem obowiązek pielęgnowania i karmienia dzieci własnych; mające zaś pokarmu więcej, otrzymują do karmienia jeszcze dodatkowe dzieci. W razie choroby—w zależności od rodzaju tejże—matka albo pozostaje w zakładzie, lub idzie do szpitala. Kobiety, których dzieci przez czas dłuższy potrzebują pokarmu matczynego, umieszczane być mogą wraz dzieckiem u rodzin prywatnych na wsi na pewien czas, otrzymując całodzienne utrzymanie.

W stosunku do matek dzieci zakładowych (Heimkinder) instytucya winna przestrzegać tajemnicy ich macierzyństwa. Wyjawienie tejże może mieć miejsce w przypadpadkach następujących: przy rewindykacyi zwrotu kosztów utrzymania

---

*) O zamążpójściu matki zakład winien być niezwłocznie — pod groźbą odpowiedzialności sądowej — zawiadomiony.

dziecka; przy przejściu dziecka po ukończeniu wieku normalnego pod opiekę odpowiednich instytucyi dobroczynnych; na żądanie władz sądowych, ew. przy dochodzeniu praw dziecka w stosunku do osób, za nie odpowiedzialnych). Wszelkie informacye co do dziecka udzielane są za okazaniem kwitu, potwierdzającego jego przyjęcie, a wydawanego matce przed opuszczeniem przez nią zakładu.

Obowiązki zakładu w stosunku do dzieci.

Prawo i obowiązek karmienia i pielęgnowania dzieci, pozostających w zakładzie, należy do ich własnych matek. O ile zaś matka nie posiada odpowiednich kwalifikacyi, dziecko przechodzi do innej kobiety, ew. mamki, jeżeli wogóle nie może ono jeszcze być wydane na wychowanie. Dyrekcya zakładu obowiązana jest dbać o to, by on był zaopatrzony w dostateczną ilość mamek. Mamki przez cały czas pobytu swego w zakładzie mają własne dziecko przy sobie. Mamki, karmiące dziecko obce oprócz własnego, otrzymują za to wynagrodzenie specyalne.

Oprócz dzieci macierzyńskich w zakładzie pozostają również przez czas dłuższy dzieci słabowite i chore, dopóki nie wzmocnią się lub nie wyzdrowieją.

Dzieci zdrowe i silne wydaje zakład na wychowanie do odpowiednich osób lub instytucyi, przyczem ma na względzie przedewszystkiem ułatwienie podtrzymania łączności dziecka z matką. Wydawane są więc dzieci przedewszystkiem matkom własnym, następnie osobom, przez matkę lub ojca dziecka wskazanym, wreszcie osobom zupełnie obcym.

Na wychowanie mogą otrzymać dziecko z zakładu kobiety zamężne lub wdowy, zaopatrzone w specyalne świadectwa (od władz gminnych, władzy kościelnej i lekarza; jeżeli zaś kobieta pochodzi z kolonii zakładowej — to jeszcze konieczne jest poświadczenie sekretarza kolonii). Świadectwa winny być wydawane bezpłatnie. Każda kobieta ma prawo wziąć tylko jedno dziecko; tylko kobiety, wyjątkowo dbałe o dzieci, mogą otrzymać więcej, niż jedno dziecko (dzieci winny być różnego wieku i płci).

Norma opłaty za wychowanie dzieci zakładowych jest następująca:

za dzieci w wieku do końca roku	pierwszego	12 koron	miesięcznie,
„ „	w drugim „	10 „	„
„ „	w trzecim i każdym następnym po	8 „	„

Oprócz tego każda kobieta, która karmiła piersią dziecko zakładowe przez całych 8 miesięcy, otrzymuje 20 koron nagrody.

Kobieta, która miała dziecko zakładowe na wychowaniu przynajmniej przez rok przed ukończeniem wieku normalnego, otrzymuje po dojściu dziecka do tego wieku 10 koron — o ile dziecko wraca do zakładu, 20 koron — jeżeli dziecko zostaje u niej nadal na utrzymaniu bezpłatnem.

Co się tyczy kontroli w sprawie opieki nad dziećmi, znajdującemi się na wychowaniu poza obrębem zakładu, to przedewszystkiem pod tym względem prawo i obowiązek zajęcia się tą sprawą mają

matki i ojcowie dzieci; poza tem kontrola należy do władz gminnych; kontrolę ogólną prowadzi w miarę możności sam zarząd przytułku.

W celu umożliwienia prowadzenia lepszej kontroli wydział krajowy na żądanie zakładu urządza specyalne kolonie wychowawcze; każda taka kolonia posiada swego urzędnika czyli t. zw. sekrekretarza kolonii oraz lekarza.

Do obowiązków sekretarza należy stała kontrola warunków, w jakich znajdują się dzieci, oddane na wychowanie do kobiet z jego kolonii, oraz prowadzenie kontroli książkowej, dostarczanie i kwalifikowanie kandydatek do brania na wychowanie dzieci zakładowych, wykonywanie zleceń zakładu, mających dobro dzieci na celu etc.

Dozór lekarski i leczenie dzieci chorych należy do obowiązków lekarzy kolonii, rekrutujących się z miejscowych lekarzy gminnych.

Zarówno sekretarz, jak i lekarz — otrzymują wynagrodzenie w pewnym określonym stosunku za każde poszczególne dziecko.

Ciężko chore dzieci, które w kolonii leczone być nie mogą, winny być odesłane przez lekarza do szpitala (za czas pobytu dziecka w szpitalu wychowawczyni wynagrodzenia nie otrzymuje).

Dzieci, wydane na wychowanie poza obręb zakładu, mogą pozostać na utrzymaniu płatnem do ukończenia wieku normalnego; o ile w tym czasie pomimo wezwania przez zarząd zakładu nie zostaną zwrócone, będą uważane, jako pozostające nadal na utrzymaniu bezpłatnem i z ksiąg zakładowych zostają wykreślone.

Przed ukończeniem terminu obowiązującego do zwrotu dziecka do zakładu, instytucya może wycofać je z opieki prywatnej w przypadkach następujących: gdy kobiety, które zobowiązały się karmić dzieci piersią, zobowiązania nie spełniają; jeżeli one źle żywią, pielęgnują i wychowują dzieci; gdy prowadzą tryb życia niemoralny; gdy mają mieszkanie niezdrowe, gdy bez wiedzy i zezwolenia zakładu oddają powierzone im dzieci w ręce obce.

Dziecko, wydane kobiecie, mówiącej językiem obcym, winno być przynajmniej przed rozpoczęciem wieku szkolnego od niej zebrane i umieszczone u innej kobiety, pochodzenia miejscowego.

Oprócz wyżej wymienionych obowiązków zakładu należy doń jeszcze *udzielanie porad lekarskich oraz porad w sprawie opieki prawnej niezamożnym matkom i opiekunom prywatnym dzieci nieślubnych*, nawet w tych razach, gdy dzieci te nie znajdują się pod opieką zakładu.

Kwestyą dochodzenia obrony i legalizacyi praw dzieci matek niezamężnych w stosunku do ich ojców naturalnych, rodziców lub wogóle osób, za nie odpowiedzialnych, jak również kwestyą zabezpieczenia i zarządu majątkiem tych dzieci zajmuje się t. zw. *wydział obrony prawnej przytułku.*

Wydział prawny ściąga również od osób za utrzymanie dziecka odpowiedzialnych w stosunku do ich zamożności zwrot kosztów pobytu dzieci w zakładzie. Ściągnięte w ten sposób pieniądze idą na

pokrycie zaczerpniętych z funduszów krajowych wydatków na utrzymanie dzieci. Przewyżka w części obracaną bywa na cele zapewnienia dzieciom lepszej opieki poza zakładem, w części składaną bywa na procent dla nich. Regulowanie spraw pieniężnych dzieci zakładowych odbywa się po ukończeniu terminu, do którego zakład zobowiązał się niemi opiekować.

Wydział ten udziela pomocy prawnej również ojcom, matkom, rodzinie i opiekunom przybranym dzieci we wszystkich innych kwestyach, mających na celu dobro dzieci.

Wreszcie, do obowiązków zakładu należy również pośredniczenie w miarę możności w sprawie dostarczania mamek do domów prywatnych. Do domów prywatnych mogą być wydane tylko te mamki, które przebyły w nim przynajmniej 2-miesięczny okres czasu, posiadają odpowiednie kwalifikacye, dla zakładu nie są potrzebne, przytem same wyrażają chęć pójścia do służby prywatnej. Za dostarczenie mamki odbiorca winien wnieść do kasy zakładu 60 koron.

Zmienić mamkę można raz jeden przed upływem 8 dni, o ile naturalnie zakład ma do rozporządzenia drugą mamkę.

Zakład pozostaje pod zarządem wydziału krajowego Austryi Dolnej.

Kierownictwo bezpośrednie znajduje się w rękach dyrektora zakładu. Tym ostatnim może być lekarz, posiadający prawo praktyki w Austryi. Dyrektora mianuje wydział krajowy, zatwierdza cesarz.

Do obowiązków dyrektora poza kierownictwem działem lekarskim i wszystkiemi sprawami, mającemi z nim coś wspólnego, należy decyzya w sprawie przyjmowania dzieci do zakładu, zapewnienia im opieki w zakładzie i poza jego obrębem, wreszcie współdziałanie czynne we wszystkich sprawach zarządu zakładem, o ile one nie są natury wyłącznie prawnej.

Sprawami prawnoadministracyjnemi, gospodarką i rachunkowością zakładu zarządza intendent. W stosunku do wszystkich dzieci, należących do kategoryi dzieci zakładowych (Heimkinder), zarówno pozostających w samym zakładzie, jako i wydanych na wychowanie, dyrekcya tegoż zastępuje opiekunów właściwych.

W miarę potrzeby wydział krajowy może zakładać instytucye podobne, czyli filie przytułku centralnego w rodzaju — przytułków mniejszych, domów wychowawczych i innych, pozostających w określonym specyalnymi przepisami prawnymi stosunku do instytucyi głównej (W roku 1910 zakład posiadał 10 takich przytułków, opiekujących się 500-rgiem dzieci).

Zakład mieści się w ogrodzie, stanowiącym własność dawniejszego przedmieścia „Gersthof", obecnie już włączonego do 18-go obwodu gminy wiedeńskiej (przy ulicy Bastiengasse).

Na całość składają się:

1) Pawilon dyrekcyjny, (budynek 2 piętrowy) mieszczący: sale, przeznaczone do przyjmowania, badania i wydawania na wychowanie dzieci, przybywających do zakładu; oddział obserwacyjny (na 9 łóżeczek) dla dzieci, co do których brak pewności, czy nie są w okresie wylęgania jakiejkolwiek choroby zakaźnej; oddział, przeznaczony dla tymczasowego pobytu położnic wraz z dziećmi przed odesłaniem ich na oddział właściwy, ewent. przed wydaniem dzieci na wychowanie (24 łóżka dla położnic i mamek, 30—dla osesków); 2 oddziały dla dzieci starszych (34 łóżka); mieszkanie i kancelaryę dyrektora zakładu, mieszkanie dla jednego przymaryusza i dwu sekundaryuszów.

2) Pawilon administracyjny (budynek 2 piętrowy)— w nim znajdują się: biura i kancelarye wydziału obrony prawnej oraz administracyi zakładu; mieszkania: drugiego przymaryusza, intendenta i 50 sióstr miłosierdzia; w suterenach — pomieszczenia dla kobiet, oczekujących na otrzymanie dzieci na wychowanie.

3) i 4) 2 pawilony dla położnic, urządzone zupełnie identycznie; każdy z nich zawiera: w suterenach—oddziały izolacyjne dla dzieci, mamek i położnic, podejrzanych o cierpienie zakaźne nie określonej bliżej natury; na parterze — oddział dla dzieci syfilitycznych (8 położnic, 20 osesków, 4-ro dzieci starszych), karmionych w części przez własne matki, w części sztucznie (dzieci te pozostają w zakładzie do wyleczenia, poczem są wydawane na wychowanie przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, zapobiegających szerzeniu się zakażenia); oddział dla dzieci, chorych na oczy (8 położnic, 1 mamka, 13-ro osesków), na 2 piętrach — 4 oddziały dla matek z dziećmi (ogółem 52 położnice z mamkami, 59-ro osesków), salą dla odwiedzających i mieszkanie dla jednego lekarza.

5) Pawilon dla mamek, zawierający: na parterze — oddział izolacyjny, na 2 piętrach — oddziały dla mamek z dziećmi (ogółem 56 mamek, 116-ro osesków), salę dla odwiedzających i mieszkanie dla jednego lekarza.

6) Pawilon gospodarczy, mieszczący: w suterenach— kuchnię mleczną, na parterze—kuchnię ogólną z urządzeniami dodatkowemi, pralnię; na 2 piętrach magazyny, szwalnię, mieszkania personelu urzędowego i służby niższej.

7) Kotłownia, mieszcząca 9 kotłów o ogólnej powierzchni, wynoszącej 520 cmt ^{2}, ogrzewająca parą wszystkie budynki instytucyi; w gmachu tym mieszczą się również maszynerya, warsztaty oraz mieszkanie dla służby.

Zakład obsługują:

1) Personel lekarski, składający się z dyrektora, 2 prymaryuszów, 3 asystentów oddziałowych i 3 sekundaryuszów (wszyscy są płatni).

2) Personel pielęgniarski, reprezentowany przez 50 sióstr ze zgromadzenia pod wezwaniem „nieustającego uwielbiania" („zur ewigen Anbetung") oraz pewną ilość dozorczyń świeckich.

3) Personel administracyjny, składający się z intendenta i około 50 urzędników.

W wydziale obrony prawnej oprócz fachowego kierownika i jego pomocnika pracuje 9 urzędników.

W chwili otwarcia zakładu (na wiosnę r. 1910) pod jego opieką znajdowało się około 17000 dzieci; z tych tylko nieznaczna ilość pozostawała w samym zakładzie, reszta była umieszczona na wychowaniu, a mianowicie: w samym Wiedniu—610-ro dzieci zakładowych i 760-ro dzieci z kategoryi drugiej (Asylkinder); w innych miejscowościach Austryi Dolnej—6950-ro dzieci pierwszej i 480-ro dzieci drugiej kategoryi, porozmieszczanych w 425 gminach; w innych okręgach państwa—7320-ro dzieci pierwszej i 500 dzieci drugiej kategoryi; część dzieci znajdowała się 10 przytułkach, stanowiących filie zakładu głównego, w domu sierot i w St. Josephinum.

Liczba etatowa dzieci i karmicielek w zakładzie wynosiła wówczas 244 położnice, 80 mamek, 334 oseski i 46-ro dzieci starszych (na każdą położnicę z dzieckiem wypadało 40—45 ctm.^{3} powietrza; na każdą mamkę z dwojgiem dzieci — 54 ctm.^{3}, na oseska 15—20 ctm.^{3}, na matkę bez dziecka—30 ctm.^{3}, na dziecko starsze—29 ctm.^{3}) Obecnie etat jest większy.

O zakresie działalności wydziału obrony prawnej mogą świadczyć cyfry następujące: w r. 1909 wniesiono 756 skarg, dotyczących dzieci nowoprzybyłych; na skutek tych skarg wydano 530 wyroków, przysądzających wypłatę funduszów alimentacyjnych; bez uciekania się na drogę sądową załatwiono sprawę w 1069 przypadkach.*)

Urządzona w sposób powyższy na zasadach dobrze zrozumianych wymagań szpitalnictwa dziecięcego wogóle, niemowlęcego zaś w szczególności, instytucya o tak szerokim zakresie działalności lekarsko-społeczno-prawnej może być istotnie wzorem dla instytucyi podobnych w innych krajach.

---

*) Dane do opracowania referatu powyższego czerpałem przedewszystkiem z informacyi, udzielonych mi łaskawie przez dr. Pawłowskiego, lekarza zakładu, podczas zwiedzania przezemnie instytucyi; dane zaś bardziej szczegółowe, dotyczące działalności zakładu i statystyki — z przewodnika specyalnego dla zwiedzających (Führer durch Landes-Zentralkinderheim).

OCENY
i notatki bibliograficzne.

A n t o n G h o n **Der Primäre Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder.** Urban u. Schwartzenberg. Str. 142 z tablicami.

Autor podaje wyniki swych badań, jako potwierdzenie i dalsze rozwinięcie poglądów K ü s s'a i H. A l b r e c h t'a na powstawanie gruźlicy dziecięcej; opiera się na materyale 644 osobiście dokonanych badań pośmiertnych w szpitalu Ś-tej Anny w Wiedniu (klinika E s c h e r i c h'a), wśród których stwierdził 184 przypadki gruźlicy. W 170 przypadkach (92,4%) stwierdził pierwotne ognisko gruźlicze w płucach, a tylko w 14 (7,6%) ogniska takiego nie wykrył. Tylko w jednym przypadku u $5\frac{1}{2}$ letn. dziecka stwierdził jedynie 3 ogniska w płucach bez zmian gruźliczych w gruczołach i innych narządach, inne przypadki wykazywały oprócz pierwotnych ognisk w płucach zmiany gruźlicze w innych narządach, wśród tych gruźlicy ograniczonej jedynie do okolicznych gruczołów chłonnych było 34 (20%). Ilość ognisk płucnych wahała się od 1 — (142 przyp. na 170) do 4 i więcej. Wśród 142 przypadków z ogniskiem płucnem stwierdził autor 95 razy zajęcie opłucnej, z 28 przypadków z liczniejszemi ogniskami płucnemi — w 19.

W pracy swej autor oprócz zestawień i omówień ogólnych, ilustrowanych obficie protokółami sekcyjnymi, podaje szczegółowe dane co do umiejscowienia ognisk z rysunkami schematycznymi odnośnych preparatów, jak również omawia stosunek okolicznych gruczołów do ogniska pierwotnego płucnego (str. 80—122), i wypowiada się, iż ognisko w płucach poprzedza zmiany gruźlicze w gruczołach. W rozdziale o znaczeniu ogniska płucnego pierwotnego autor na zasadzie danych z piśmiennictwa i własnych jako sposób zakażenia gruźliczego uznaje — drogę wdechową i nie uznaje przejścia prątków bez pozostawienia śladów w płucach bezpośrednio do gruczołów.

Praca G h o n'a jest tem cenniejszą, że na materyale, podanym przez niego, opierały się wnioski kliniczne, wyciągane przez E s c h e r i c h'a i jego uczniów, i że G h o n obecnie w całej rozciągłości wnioski te potwierdza.

Książka Ghon'a ze względu na obfitość materyału dowodowego i bliski związek z pracami klinicznemi wiedeńskich pedyatrów, posiada tem większe znaczenie dla wszystkich, interesujących się sprawą gruźlicy dziecięcej; z natury przedmiotu nie jest zbyt przystępną, ale przejrzyste ugrupowanie materyału i jasność wniosków ułatwiają znakomicie przyswojenie zawartych w niej wiadomości.

J. Brudziński.

D-r med. Matylda Biehler. **O nadnerczach**, ich budowie, składzie chemicznym i czynnościach fizyologicznych. Praca nagrodzona na konkursie im. prof. Edmunda Biernackiego Wydawnictwo „Medycyny i Kroniki lekarskiej". 1914, str. 139, 2 tablice, piśmiennictwo 141—170.

Pracę swoją, zakrojoną na monografię, dzieli autorka na kilka części: I. dawne poglądy na istotę nadnerczy; II. anatomia i histologia nadnerczy; III. fizyologia nadnerczy; IV. anatomia patologiczna nadnerczy; V. klinika nadnerczy; VI. leczenie adrenaliną i wyciągiem nadnerczy; VII. patologia doświadczalna nadnerczy. Każdy dział omawia autorka na podstawie piśmiennictwa, dodając badania własne, najrozleglejsze co do patologii doświadczalnej nadnerczy. Badania przeprowadzała autorka z nadnerczami świnek morskich i królików. Badań nadnerczy dzieci i wogóle człowieka autorka nie dokonywała. Część kliniczna potraktowana jest dość pobieżnie, a przyczynek własny autorki bardzo skąpy, — jeden przypadek choroby Addison'a, spostrzegany dorywczo tylko; pozatem autorka przytacza przypadki niedomogi nadnerczy (ogółem 9), z których omawia jeden tylko u 7 mies. dziecka z zejściem śmiertelnem, bez badania pośmiertnego. „Chłopiec 7 mies. Miecio M. Dziecko było zupełnie zdrowe; zachorowało nagle, dostało wymiotów bezustannych (karmione piersią według wszelkich przepisów hygieny); od kilku godzin nie chce brać piersi, krzyczy ciągle, kopie nóżkami, przyciska nóżki do brzucha, miało dwa razy drgawki, nóżki zimne, sine; dziecko leży chwilami bez życia, jest bardzo osłabione: tętno przyspieszone, drobne, temperatura 39 stopni. Badanie nie wykazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Na skórze klatki piersiowej i pleców gdzieniegdzie wybroczyny krwawe. W moczu zmian żadnych nie stwierdzono. Dziecko zmarło nazajutrz (wymioty i rozwolnienie prawie nie ustawały)".—Podobnych kilka przypadków obserwowałam — mówi autorka — jeszcze u innych dzieci. — Ponieważ, mówi autorka dalej, przypadki, podobne do moich, opisane są w piśmiennictwie, jako wywołane przez niedomogę nadnerczy, dla tego też u tych dzieci, u których żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdziłam, u dzieci szczepionych, wychowywanych w dobrych warunkach hygienicznych, których rodzeństwo nie chorowało na żadne choroby zakaźne, stawiałam zawsze rozpoznanie niedomogi nadnerczy, gdy obraz kliniczny odpowiadał wyżej opisanemu. — Pogląd autorki w tym względzie mógłby być przyjęty przez czytelnika wtedy tylko, gdyby choć w jednym przypadku dokonała

badania pośmiertnego, wykluczyła inne przyczyny i stwierdziła zmiany w nadnerczu; podany przez nią opis powyższego przypadku bez badania pośmiertnego nie jest wcale przekonywającym, a obserwowane inne przypadki, podobne do tego, których autorka wcale już nie przytacza, nie mogą tembardziej przemawiać na korzyść tego rozpoznania. „H u t i n e l, C o m b y i T i x i e r oraz szereg autorów angielskich (T a l b o t, B l a k e r i in.) kładą objawy, podobne do tych, które obserwowałam, — mówi autorka — na karb niedostatecznego działania nadnerczy z powodu nieznanej infekcyi, urazu, niekiedy zapalenia lub wylewów krwawych nadnerczy i t. d. Przypuszczenia ich potwierdzały w wielu przypadkach sekcye, na których stwierdzano tylko zmiany w nadnerczach (gruźlica, wylewy krwawe, ostre zapalenie nadnerczy). Ponieważ w trzech moich przypadkach matki opowiadały, że dzieci na kilka dni przed zachorowaniem wypadły z kolebki lub z rąk młodszego rodzeństwa, co według niektórych autorów może, pomimo głębokości położenia nadnerczy, wywołać w nich krwotok, może więc objawy niedomogi nadnerczy wywołane zostały krwotokiem urazowym w nadnerczu lub nadnerczach. Niestety, odpowiedzieć na to nie mogę, g d y ż w w y ż e j w y m i e n i o n y c h p r z y p a d k a c h s e k c y i n i e r o b i ł a m. To tylko stwierdziłam, że w niektórych przypadkach podawanie adrenaliny wywoływało poprawę jeśli nie stałą, to przynajmniej przejściową. „P r z y c z y n c h o r o b y i ś m i e r c i w w p r z y p a d k a c h m o i c h u s t a l i ć n i e m o g ł a m”.—To właśnie jest powodem, dla czego czytelnik nie może być przekonanym, że przypadki, spostrzegane przez autorkę, są analogiczne do opisywanych przez autorów francuskich i angielskich. Dział leczenia adrenaliną i wyciągiem nadnerczy, dość wyczerpująco potraktowany na podstawie danych z piśmiennictwa, nie jest jednak dość jasny pod względem wskazań leczniczych na podstawie doświadczenia własnego autorki; na str. 113 czytamy bowiem o zachęcających wynikach stosowania adrenaliny—w przypadkach z objawami niedostatecznego działania nadnerczy, a na str. 105 czytamy, iż przypadki, obserwowane przez autorkę, przeważnie kończyły się śmiercią (6 przypadków śmierci na 9 obserwowanych). Orzeczenie autorki co do działania nadnercza i adrenaliny w krzywicy, aczkolwiek sama się tłomaczy, iż dokładnych badań prowadzić nie mogła, gdyż obserwacye robione być mogły tylko dorywczo, jest rzeczywiście za mało umotywowane, aby mogło być przytaczane, jako wynik doświadczenia osobistego. Więcej danych znajdujemy co do podawania przez autorkę adrenaliny, za przykładem autorów francuskich, w chorobach zakaźnych u dzieci (płonica, błonica, dur brzuszny). Autorka — czytamy na str. 114 — stosowała adrenalinę w całym szeregu przypadków płonicy (przeważnie) i błonicy, zawsze wtedy, gdy spostrzegała wybitne osłabienie ogólne, tętno słabe i miękkie, zaburzenia w przewodzie pokarmowym (wymioty, rozwolnienie), połączone z silnymi bólami w brzuchu oraz zaburzeniami w układzie nerwowym (podniecenie, bredzenie i t. d). Ile razy dziecko robiło na mnie wrażenie

zatrutego, ciężko chorego, dawałam zawsze i często z wynikiem pomyślnym od 5 do 15 kropel adrenaliny (1 : 1000) 2—3 — 4 razy dziennie, stosownie do wieku dziecka". Podane przez autorkę objawy być może upoważniałyby lekarza praktyka do zastosowania adrenaliny, ale w pracy naukowej o nadnerczach chciałoby się mieć trochę inny i inaczej podany materyał dowodowy kliniczny.

Co do działania wyciągu z nadnercza w chorobie Addison'a podaje autorka podział Giebert'a i Carnot'a na 4 grupy wyników — szkodliwe działanie organoterapii, wynik zupełnie ujemny, polepszenie niektórych objawów i wreszcie nieznaczna liczba przypadków, podawanych jako wyleczenie. Zdaniem autorki, wyniki są rozbieżne. „Co się tyczy mojego osobistego doświadczenia, to mogę powiedzieć,—czytamy na str. 118 — że w przypadku choroby Addison'a nastąpiła nieznaczna poprawa po podawaniu nadnercza". Tymczasem na str. 103 — o przypadku tym, dziewczynce 9-letniej, przywiezionej z prowincyi, czytamy, iż autorka zapisała jej wyciąg nadnerczy (po 0,3 — 3 razy dziennie) i ferrocodil do wewnątrz; „w półroku później dowiedziałam się, że dziecku zrobiło się na razie nieco lepiej, lecz że zmarło w 8 miesięcy po bytności w Warszawie: podobno „schło" bardzo i miało ciągłe wymioty, zimne kończyny i było tak osłabione, iż ciągle spało". Jak widzimy, brak tu bezpośredniej obserwacyi działania nadnercza; nie wiemy, jak długo podawano dziecku ten preparat, a już w żadnym razie nie może być mowy „o poprawie choćby nieznacznej po podawaniu nadnercza".

Jak już wspomniałem, przyczynek osobisty autorki największy jest w dziale — patologii doświadczalnej nadnerczy, badania są dość liczne i szerzej omówione (str. 127) dotyczą doświadczeń z surowicą cytotoksyczną, przeprowadzonych u królików i świnek morskich, do których jako antygenu używała autorka nadnerczy świnki morskiej.

Autorka zaznacza, że wyniki jej doświadczeń różnią się od tych, które otrzymywali rozmaici autorzy: wszyscy bowiem stwierdzają śmierć bądź natychmiast po zastrzyknięciu surowicy epinefrotoksycznej, bądź też w kilka dni potem, gdy tymczasem zwierzęta, nad któremi autorka dokonywała doświadczeń, żyły i nawet zaczęły się poprawiać.

Z badań swych autorka wyprowadza następujące wnioski:

1) surowica suprarenotoksyczna zarówno, jak i zastrzykiwanie wyciągu nadnerczy—przyśpiesza tętno i oddech, obniża ciepłotę, wywołuje okres osłabienia, brak apetytu, zaburzenia w układzie nerwowym, poczem wszystko wraca do normy;

2) surowica zwierząt uodpornionych posiada własności hemolityczne, aglutynacyjne i cytotoksyczne;

3) objawy kliniczne, obserwowane przez autorkę, należy przypisać wzmożeniu, a następnie wyczerpaniu własności wydzielniczej gruczołów;

4) badania anatomopatologiczne stwierdziły, że zarówno zastrzykiwanie wyciągu nadnerczy, jako też surowicy suprarenotok-

sycznej—wywołują identyczne zmiany w budowie histologicznej nadnerczy; pod mikroskopem stwierdza się zmiany w komórkach, przypominające te, które widziała autorka po działaniu surowicy in vitro (pęcznienie i wakuolizacya);

5) surowica cytotoksyczna zwiększa odporność względem zarazków.

O szczegółową ocenę części teoretycznej pracy autorki i rozpatrzenie wniosków naukowych, wyciąganych przez nią, uprosiliśmy kol. doc. Hornowskiego i zamieścimy ją w zeszycie następnym, sądzimy bowiem, że wobec ubóstwa piśmiennictwa naszego w prace teoretyczne doświadczalne, każdej nowej pracy takie wszechstronne jej rozpatrzenie słusznie się należy.

W wykazie piśmiennictwa nie mogłem znaleźć, że uwzględnię tu tylko klinikę nadnerczy, źródeł prac, cytowanych w tekście, i to prac niekiedy bardzo ważnych (Hutinel, Monti, Fleming, Miller, Chemin, Nobécourt i Rivet i cały szereg innych nazwisk). *J. Brudziński.*

D-r Tadeusz Jaroszyński. **Wychowanie dzieci nerwowych.** Odbitka z „Dziecka". r. 1914, str. 20.

Autor podaje w wykładzie przystępnym szereg uwag o psychologii dziecka nerwowego i o przyczynach chorób nerwowych u dzieci, zwracając uwagę na obarczenie dziedziczne i ujemne wpływy wadliwego wychowania. Dla unaocznienia wpływu obu tych czynników przytacza autor kilka przykładów dzieci nerwowo chorych, przeważnie z własnej obserwacyi i przeważnie trafnie zastosowanych. Jedynie nie przykonywającym, a mogącym nawet wprowadzić w błąd przykładem jest przykład co do padaczki. „Padaczka. 9-letnia dziewczynka dostała drgawek epileptycznych od przestrachu po nagłem ujrzeniu potwornej maski, w którą ubrał się ktoś z jej rodziny. Podobny przykład podaje jeden z lekarzy francuskich, mianowicie: dziewczynka dostała konwulsyi, gdy niefortunny żartowniś przyłożył jej ślimaka do szyi". Przykład ten mógłby u czytelników niefachowego pisma wywołać mylne wyobrażenia o powstawaniu padaczki u dzieci. Na zakończenie tego rozdziału autor słusznie mówi — znaczenia dziedziczności zaprzeczać nie podobna, i zapobieganie zwyrodnieniu drogą walki z alkoholozmem, przymiotem, gruźlicą i t. p. jest rzeczą niezbędną, jednakże nie należy zapominać, że najczęstszym bezpośrednim powodem choroby nerwowej u dzieci jest wadliwe wychowanie, i dla tego też tego błędu należy przedewszystkiem unikać. W części trzeciej podaje autor kilka zasad wychowawczych, bardzo jasno i trafnie sformułowanych. *J. Brudziński.*

D-r med. Matylda Biehler. **Hygiena dziecka.** Wydanie drugie uzupełnione. Nakład Gebethnera i Wolfa. r. 1914, str. 219 z rysunkami i tablicami.

Pożyteczna ta i przystępnie a umiejętnie napisana książka,

której pierwszemu wydaniu poświęciliśmy obszerną wzmiankę, uzupełniona obecnie niektórymi działami, w ozdobniejszej szacie ukazuje się jako wydanie drugie. *Brudziński.*

W. Schoenaich. **Statystyka urodzeń i śmiertelność dzieci wśród ubogiej ludności chrześcijańskiej i żydowskiej w Łodzi.** Warszawa. 1914. Odbitka z „Ekonomisty". Str. 13. Z 7 tablicami, w tej liczbie 5 kolorowanemi.

Na podstawie danych statystycznych, zebranych na materyale ambulatoryjnym szpitala dziecięcego Anny-Maryi w Łodzi w latach 1908—1912, autor wyprowadza wnioski co do płodności matek i śmiertelności dzieci wśród ubogiej ludności Łodzi. Materyał obejmuje 11,324 matki chrześcijanki z ogólną ilością 49,221 dzieci i 3,833 matki żydówki z 17,216 dziećmi. Okazuje się więc przedewszystkiem, że płodność matek, pochodzących z ubogich warstw ludności łódzkiej, wogóle przewyższa normy odpowiednie wśród ubogiej ludności Europy Zachodniej; statystyka autora wymownie wykazuje brak wpływu ograniczenia potomstwa w wymienionej sferze ludności łódzkiej, wraz bowiem z wiekiem matek, jak się okazuje z załączonych tablic, wzrasta również ilość ich dzieci; z zestawień porównawczych, uwzględniających różnice rasowe, wynika prawie zupełny brak różnicy pomiędzy płodnością matek obu zaznaczonych w nagłówku kategoryi. Odmienne natomiast wyniki dają się zauważyć przy rozpatrywaniu danych, dotyczących śmiertelności dzieci: tu uwydatniają się wyraźne różnice w zależności od różnic rasowych na niekorzyść ludności chrześcijańskiej, śmiertelność bowiem dzieci w tej ostatniej kategoryi jest znacznie większą, niż wśród ludności żydowskiej; różnice te również znacznie przewyższają odpowiednie stosunki liczbowe w statystykach zagranicznych. Fakt ten rzuca właściwe światło na mylnie interpretowaną kwestyę pozornie nadzwyczajnej płodności matek-żydówek: jądro sprawy tkwi tu właściwie nie w większej liczbie urodzeń, lecz w znacznie mniejszej ilości zgonów wśród dzieci żydowskich w porównaniu z śmiertelnością dzieci chrześcijańskich. Zwróciwszy uwagę na stale wzrastającą ogólną śmiertelność dzieci wśród ubogiej ludności u nas, znacznie większą od śmiertelności dzieci na Zachodzie, S. wymienia główne jej przyczyny i kończy apelem, nawołującym do podjęcia energicznej z nią walki, pojmując tę ostatnią, jako akcyę, mającą na celu unormowanie warunków hygieniczno-ekonomicznych i kulturalno-społecznych.

S. Łyskawiński.

Wyszedł z druku „**Przegląd Piśmiennictwa lekarskiego Polskiego**", wydany staraniem Tow. Lek. Warsz. pod redakcyą d-ra Tadeusza Borzęckiego za rok 1912.

Poraz pierwszy obok polskich wprowadzono tytuł ogólny, tytuły poszczególnych działów oraz tytuły prac w języku francuskim, co uważać należy za bardzo pożądaną inowacyę. Możeby w następnym tomie warto było tytuły francuskie odznaczyć innym drukiem dla ułatwienia autorowi obcemu odszukiwania prac.

W dziale „Życiorysy" należałoby oddzielnie umieszczać charakterystykę z powodu jubileuszów, a oddzielnie życiorysy, czy nekrologi lekarzy zmarłych, co się nie daje w obecnym układzie zupełnie odróżnić.

Co do układu ogólnego, należałoby, naszem zdaniem, choroby dzieci wyodrębnić jako dział główny—tak samo, jak to uczyniono dla akuszeryi, ginekologii, chorób nosa, gardła i uszu i t. d. Choroby dzieci byłyby więc działem X. *Br.*

Wyszła z druku część II tomu I-go dzieła zbiorowego, wydawanego przez Brüning'a i Schwalbe'go p. t. „**Handbuch der allgemeinen Pathologie u. der patologischen Anatomie des Kindesalters**", z 139 rysunkami w tekście i 1 tablicą, str. 451—1097 (wraz z wykazem rzeczy tomu I).

Na treść tego tomu złożyły się: choroby młodych zwierząt w porównaniu z chorobami dzieci—Jost i Koch; choroby wskutek nienormalnego przebiegu odżywiania — Tobler i Bessau; sądowo-lekarskie wiadomości o zwłokach noworodków i dzieci — H. Merkel; choroby dzieci w krajach pozaeuropejskich — H. Brüning. *Br.*

Cammidge wydał świeżo dzieło p. t.: „**The Faeces of Children and Adults**". Str. 516 z 13 tablicami po części kolorowemi i 96 rysunkami w tekście. *Br.*

STRESZCZENIA.

H e u b n e r. **O przewlekłych „nefrozach" w wieku dziecięcym.** (Jahrb. f. Kind. T. 77, z. 1, str. 1).

H e u b n e r używa terminu „N e p h r o s e" dla ogólnego określenia schorzeń nerki, występujących u dzieci w jaknajrozmaitszych postaciach, bez ścisłego podziału na zaburzenia, wywołane z jednej strony przez zmiany w układzie naczyniowym, z drugiej — w układzie kanalików moczowych nerki. Zwykle spotykamy u dzieci zmiany w obu wymienionych układach nerki, choć zdarzają się ostre postacie spraw nerkowych w wieku dziecięcym, w których przeważają zmiany bądź w miąższu gruczołowym, bądź w układzie naczyniowym (po błonicy i płonicy). „Nefrozy" nie należą do zbyt częstych w wieku dziecięcym. Na 17000 chorych dzieci w klinice H e u b n e r'a w ciągu lat 17 było 73 dzieci z przewlekłemi nefrozami. Po odliczeniu osesków, u których nefrozy są nadzwyczajną rzadkością, przekonamy się, że liczba powyższa stanowi 5,5$^0/_{00}$. Największa ilość (48 = $^2/_3$) przypada na wiek szkolny od 7—13 lat. Chłopców (37) chorowało prawie tyleż, co i dziewcząt (36). Ciężkie postacie spotykał H e u b n e r $1^1/_2$ raza częściej u chłopców, niż u dziewcząt; natomiast „nefrozy", wikłające zapalenie miedniczek nerkowych, przypadały prawie wyłącznie na dziewczynki.

Przechodząc do opisu poszczególnych postaci klinicznych, stawia H e u b n e r na pierwszym planie nie zdarzającą się prawie u dorosłych, a typową dla dzieci: 1) nefrozę przewlekłą, krwotoczną. Prawie połowa wszystkich przypadków należy do tej kategoryi. Jako główny objaw, występuje tutaj krwiomocz, który utrzymuje się przez cały, kilkoletni ciąg trwania choroby. Zabarwienie moczu jest zawsze czerwone z odcieniem od jasnego do ciemnego. Ilość dzienna moczu pozostaje zawsze niżej normy, zwiększa się ona znacznie po podaniu środków leczniczych (do 2 litrów dziennie), zachowując cechy krwiomoczu. Ciężar gatunkowy moczu waha się w stosunku odwrotnym do jego ilości dziennej. Ilość białka przy dużej ilości dziennej moczu wynosi 3—4$^0/_{00}$, dochodzi zaś przy zmniejszonej ilości tegoż do 9$^0/_{00}$. W osadzie obok licznych czerwonych ciałek krwi znajdujemy liczne białe ciałka, wałeczki wszelkich gatunków i pra-

wie zawsze mniej lub bardziej liczne komórki z ziarenkami tłuszczu i wałeczki, temi ostatniemi pokryte.

Do dalszych stałych objawów tej postaci należy puchlina wodna, poczynając od nieznacznego obrzmienia twarzy aż do znacznej puchliny podskórnej. Dolegliwości podmiotowych często zupełnie nie bywa, występują one dopiero pod wpływem większych wysiłków dziecka. Bardzo ważne znaczenie mają tutaj bóle głowy i wymioty, jako pierwsze objawy mocznicy, która często stanowi smutne zejście tej długotrwałej choroby o wahającem się napięciu. Serce zachowuje się rozmaicie: czasami notowano zupełny brak rozszerzenia lub przerostu serca, innym razem znajdowano je. Również i ciśnienie krwi bywa bądź podniesione, bądź normalne. Zmiany anatomiczno-patologiczne w 5-ciu zakończonych śmiercią przypadkach odpowiadały mniej więcej obrazowi pstrej nerki. Rokowanie quoad valetudinem completam należy uważać za niepomyślne, natomiast co do samego życia z pewnem zastrzeżeniem za pomyślne. Przyczyny powstania choroby mogą być najrozmaitsze (skaza wysiękowa, choroby zakaźne, jak: błonica, płonica, odra, gościec stawowy [który odgrywa u dzieci ważniejszą rolę, aniżeli a priori przypuszczono]).

2) Druga grupa nefroz różni się od pierwszej głównie brakiem objawu krwotoczności. Pozatem przebieg nefrozy, należącej do tej grupy jest cięższy i szybszy, choć i tu zdarzają się polepszenia, które przedłużają czas trwania choroby; odpowiednio do braku krwi w moczu różni się też obraz mikroskopowy tegoż, zarówno jak i zmiany anatomiczno-patologiczne, które w tych przypadkach przypominają dużą nerkę białą.

Rokowanie w przypadkach tej drugiej kategoryi jest naogół złe.

16 przypadków odnosiło się do tej grupy, a więc nie cała $^1/_4$ część. I tu było więcej chłopców chorych (10), aniżeli dziewcząt (6). O przyczynie nie da się i w tej postaci nic pewnego powiedzieć.

Pozatem objawy kliniczne są podobne w obu grupach i jednakowo dostępne dla leczenia, którego główne punkty podaje H e u b n e r w dalszym ciągu pracy.

Przedewszystkiem więc zaznacza, że nie posiadamy ani metody, ani środka, któreby działały bezpośrednio na samą organiczną chorobę. Należy usunąć objawy i stany, które przyczyniają się do ponownego wybuchania choroby, jak to: zapalne sprawy uszne, przerosty w nosie i gardzieli, nieżyty itp. Pozatem należy zwalczać uciążliwe i grożące życiu objawy ze strony nerek i serca.

Podczas puchliny wodnej dziecko powinno pozostawać w łóżku. Tutaj należy najlepiej zacząć od dyety mlecznej. W celu urozmaicenia tego jednostajnego pokarmu, który należy wprowadzać do ustroju, w dużych ilościach, można doń dodawać kawę, zamiast słodkiego dawać kwaśne mleko, maślankę, J o g h u r t itp. Po kilku tygodniach można przejść do pokarmów mieszanych, ale zawierających możliwie mało soli. W niektórych przypadkach już pod wpływem samej tej dyety polepsza się stan ogólny, puchlina wodna

zmniejsza się, objawy mocznicy znikają, ilość dzienna moczu zwiększa się: w innych metoda ta zawodzi, i wtedy należy uciec się do środków napotnych i moczopędnych, jak również do podtrzymania działalności serca. Pocenie się oddaje bardzo niewielkie usługi, i wogóle należy je stosować bardzo ostrożnie, bacząc na objawy mocznicy. Lepsze wyniki dają środki moczopędne, z pośród których Heubner najchętniej stosuje diuretynę i agurynę w dawkach, wynoszącysh po 0,5—trzy i więcej razy dziennie. Na zmianę z wydzielonymi lekami albo i w połączeniu z nimi stosuje digalen (3 razy dziennie po 5—8 kropel), o ile występuje osłabienie działalności serca. Jeżeli doszło do tego, że objawy puchliny wodnej znikły, praca serca jest prawidłowa, wydzielanie moczu dostateczne, łaknienie i trawienie dobre, wtedy można wypuścić dzieci z łóżka, a po pewnym czasie pozwolić im oddać się swym zwykłym zajęciom, co może trwać długie miesiące pomimo trwającego białkomoczu.

3. Nerka marska w wieku dziecięcym nie odgrywa według doświadczenia Heubner'a żadnej roli.

4. Czwarta grupa nefroz, które należą do dość ciężkich, ale niezbyt częstych, występuje w związku z zapaleniem miedniczek nerkowych. Sprawa chorobowa przenosi się tutaj z miedniczki na nerki wzdłuż kanalików, wyprowadzających mocz z nerki. Klinicznie charakteryzuje się choroba ta ogólną puchliną wodną, złym wyglądem, gorączką o typie przepuszczającym, bólami w okolicy nerkowej, występującymi zarówno samoistnie, jak i przy ucisku, wyczuwalnem powiększeniem jednej albo obu nerek, dużą ilością białka i ropy w moczu, obok tego obecnością wałeczków wszelkich gatunków, jak również i czerwonych ciałek krwi. Badanie bakteryologiczne wykazuje zawsze prątki okrężnicy, w jednym przypadku okazały się paciorkowce. Postać ta zdarza się w najwcześniejszym wieku oseska, trwa kilka miesięcy. Leczenie identyczne z leczeniem przewlekłego zapalenia miedniczek.

Następne dwie grupy należą do lekkich, choć długo trwających postaci nefroz.

5-ą grupę stanowią nefrozy, które Heubner nazwał paedonephritis levis. Spotyka się je częściej w praktyce prywatnej, niż w szpitalnej, gdyż często choroba ta trwać może całe miesiące, nie wywołując żadnych objawów, i dopiero przypadkowe, w zupełnie innym celu przedsięwzięte badanie uryny wykazuje obecność białka. Puchliny wodnej nie bywa. Oprócz niewielkiej, bo zaledwie 0,5—1,0 pro mille wynoszącej, ilości białka w moczu (obecnego też i w moczu rannym), stwierdzamy normalną ilość dzienną moczu, wysoki ciężar gatunkowy (szczególniej u jedzących dużo mięsa), kwaśny odczyn. W osadzie znajdujemy zwykle wałeczki szkliste i ziarniste, białe ciałka krwi i od czasu do czasu krwinki czerwone, których ilość zależy od krwawienia, występującego zwykle po lekkich stanach zapalnych innych narządów, stosunkowo najczęściej migdałków. Z ustąpieniem tego powikłania

znika i krew w moczu. Taki stan może trwać lata całe, nie ulegając pogorszeniu, ale też i bez zmian w kierunku polepszenia. Heubner obserwował przypadki wyleczenia, choć nadzwyczaj rzadko, z drugiej zaś strony —pomimo występujących czasami krwawień—nie spostrzegał przejścia tej lekkiej postaci w jedną z wyżej opisanych cięższych postaci. Zmiany anatomiczno-patologiczne, stwierdzone przez autora w jednym przypadku, sprowadzały się do objawów bardzo nieznacznego nacieczenia tłuszczowego nabłonka korowego przy normalnej budowie większej części przekroju i licznych małych ognisk nacieczenia drobnokomórkowego śródmiąższowego, szczególniej uwydatnionego w warstwie krańcowej.

U dzieci starszych częściej zdarza się ta postać nefroz, niż u młodych, przyczem dziewczynki stanowią pod tym względem przewagę nad chłopcami. Z pośród chorób, po których najczęściej rozwija się ta postać, na pierwszem miejscu należy wymienić płonicę i większość nefroz, występujących po płonicy, należy właśnie do tej lekkiej postaci. Z innych chorób wymienia autor zapalenie ucha środkowego, ropnie, zapalenie migdałków. Leczenie w znaczeniu doprowadzenia do stanu wyzdrowienia jest i tu bezsilne. Po skonstatowaniu, że w danym przypadku ma się do czynienia z tą lekką postacią nefrozy, można dziecka nie trzymać w łóżku, należy tylko wystrzegać się ochładzania nóg i ciała, a więc zwracać trzeba uwagę na odzież i obuwie oraz unikać tych części składowych pożywienia, które drażnią nerki (musztarda, pieprz, rzodkiew, rzodkiewki, selery itp.). Pozatem należy dziecko odżywiać jaknajzwyczajniej pokarmami mieszanymi, nie męcząc go długotrwałą, w danym razie bezcelową dyetą mleczną albo dyetą bezsolną.

6-ta grupa—to grupa białkomoczu przerywanego (intermittierende Albuminurie), zbliżona do poprzedniej, nie posiadająca wielkiego znaczenia praktycznego. Białkomocz w tej postaci nefrozy jest nieznaczny i często znika zupełnie na całe tygodnie. Tylko obecność wałeczków świadczy o trwaniu choroby. Podczas białkomoczu można czasami zaobserwować nieznaczne obrzmienie twarzy; dziecko skarży się na ból głowy—i to wszystko. Wyleczenie zupełne jest możliwe. Leczenie winno być oparte na tych samych zasadach, na jakich opiera się ono w przypadkach kategoryi poprzedniej.

K. Rieder.

F. Heller. **Białkomocz u noworodków.** (Zeitschrift für Kinderhilkunde, 1913. Tom VII. Zesz. 3 i 4. H. S. 303).

Autor badał mocz u 31 zdrowych noworodków w ciągu pierwszych 14 dni ich życia i przyszedł do wniosku, że u 76—80,6°/₀ noworodków spotyka się białko w moczu. W ciągu następnych dni odsetek dzieci z białkomoczem maleje szybko. W 8-ym dniu życia już rzadko które dziecko wykazuje białko w moczu. Otrzymany natychmiast po urodzeniu noworodka mocz nie zawiera białka. Białko zjawia się więc dopiero po pewnym czasie po urodzeniu. Zawartość białka w moczu noworodka nie grozi temu ostatniemu żadnem

niebezpieczeństwem. Autor nie może wyjaśnić przyczyny tego zjawiska, albowiem ani zaburzenia w krążeniu krwi, ani zaburzenia w skoncentrowaniu składników ustroju i ich skutki nie dają się ściśle zanalizować w danym wypadku.

Miecz. Michałowicz.

H. Hintzelmann. **Kliniczny przyczynek do kwestyi swoistości zapalenia nerek w przymiocie dziedzicznym.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913. Tom IX; zesz. 1; str. 27).

Autor zbadał zgórą czterdzieści niemowląt, dotkniętych przymiotem dziedzicznym; z tych u 34,1% stwierdzono w moczu charakterystyczne dla zapalenia nerek składniki. Należy zauważyć, że u wielu z pośród badanych osobników wielokrotnie stwierdzono obecność wałeczków ziarnistych przy jednoczesnym braku białka. Obserwowany przez autora materyał odznaczał się tem, że większość pacyentów przeszła przedtem seryę leczenia swoistego. Mocz takich dzieci nie zawierał składników sformowanych. Te ostatnie występowały dopiero jednocześnie z początkiem nawrotu i ginęły pod wpływem leczenia swoistego. Odwrotnie, objawy zapalenia nerek ukazały się u dwojga dzieci z prawidłowym moczem dopiero pod wpływem energicznych wcierek.

Miecz. Michałowicz.

P. Reyher. **O stosunku białkomoczu ortostatycznego do gruźlicy** (Pedijatrija. Tom VI. Nr. 1, r. 1914).

Autor przytacza 20 przypadków gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci, u których równocześnie stwierdził obecność białkomoczu ortostatycznego, Rozpoznanie gruźlicy gruczołów oskrzelowych autor opiera na danych następujących: podniesiona ciepłota. dodatni odczyn Pirquet'a oraz wyniki zdjęć roentgenograficznych, które przytacza w każdym poszczególnym przypadku, nie pomijając przytym danych wypukowych i wysłuchowych oraz obrazu klinicznego. W końcu artykułu autor dochodzi do wniosku, że białkomocz ortostatyczny znajduje się w ścisłym związku etyologicznym z gruźlicą, która, jego zdaniem, w znacznej mierze sprzyja powstawaniu będącego w mowie cierpienia. Niektórzy autorzy objaśniają powstawanie białkomoczu ortostatycznego, jako następstwo oddziaływania Pogóle przewlekłych spraw zakaźnych, względnie toksyn—na ustrój. pogląd, ustalający bezpośredni związek etyologiczny pomiędzy gruźlicą a białkomoczem ortostatycznym, został wypowiedziany poraz pierwszy przez klinicystów francuskich — Teissier'a i Mery, a później potwierdzony był przez Chalier'a, Poncet'a, Lemoine'a i Benati'ego.

R. Stankiewicz.

Wilhelm Karo. **Choroby nerek a gruźlica.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12, r. 1914).

W rozprawie, którą miał autor na XI-ej międzynarodowej konferencyi o gruźlicy, W. Karo zaznacza, że gruźlica, jako zakaże-

nie ogólne krwi, może umiejscowić się w jakimkolwiek narządzie ciała ludzkiego. O obrazach chorobowych, które dawniej pod względem etyologicznym były niejasne, obecnie, dzięki doświadczeniu, nabytemu w sprawie gruźlicy, mamy bardziej źródłowe pojęcie. Tak np. często objawy choroby A d d i s o n'a znajdują się w ścisłym związku z gruźliczem schorzeniem nadnerczy. Tak często spotykane, przeważnie u dzieci anemicznych, mimowolne moczenie nocne, jeżeli nie zawsze, to w większości przypadków jest jedynym objawem poczynającej się gruźlicy nerek. Badania zaś O r t h'a o stosunku urazu do gruźlicy dowiodły, że narządy, które stale są narażone na wpływy szkodliwe, bardzo często ulegają schorzeniu gruźliczemu, co ma między innemi miejsce i z nerkami. Wszak nerki w ustroju odgrywają rolę filtru, przez który przesączają się wszystkie toksyny z całego ustroju; dzięki temu tkanka nerkowa stale bywa narażona na wpływy ujemne, jak to ma miejsce w przebiegu płonicy, błonicy, zapalenia gardzieli etc., a przez to samo, ulegając uszkodzeniu, tworzy doskonałą pożywkę dla rozwoju laseczników gruźliczych. U osób gruźliczych nie rzadko spotyka się gruźlicze schorzenie nerek. Tak F i s c h e r w 53%, znajdował gruźlicze nacieczenia w nerkach u osób sekowanych, zmarłych na gruźlicę.

C a s p e r na podstawie spostrzeżeń, dotyczących 186 przypadków, operowanych z powodu schorzeń nerek, dochodzi do wniosku, że ropienie w nerkach znajduje się w ścisłym związku z gruźlicą; każdy drugi przypadek, operowany z powodu ropienia w nerkach, miał tło gruźlicze, czyli że w 50% czynnikiem etyologicznym była gruźlica.

W innych chorobach nerek gruźlica także odgrywa rolę dominującą.

Już dawno znany jest ścisły związek między zwyrodnieniem skrobiowatem a gruźlicą. Jeżeli w przebiegu gruźlicy następuje zwyrodnienie skrobiowate nerek, rokowanie wtedy bywa zawsze niepomyślne. Przewlekłe zapalenie nerek, zdaniem autora, niekiedy też znajduje się w ścisłym związku z gruźlicą. Jeżeli u osobnika, obarczonego gruźlicą, znajdujemy objawy przewlekłego zapalenia nerek, niezbędnem jest natychmiast wyświetlenie kwestyi, w jakim związku jest zapalenie nerek z zasadniczem cierpieniem? Jest to kwestya wagi pierwszorzędnej, gdyż białkomocz i elementy nerkowe, znajdowane w moczu u takich osobników, są wyrazem toksycznego wpływu gruźlicy. Wszak krążące we krwi laseczniki z łatwością mogą dosięgać nerek. Podczas kiedy R i t t e r i S t u r m mniemają, że laseczniki gruźlicze mogą przechodzić przez zdrowe zupełnie nerki, K i e l l e n t h n e r i K e e r s m a e c k e r znajdowali laseczniki gruźlicze w moczu tylko u osób, obarczonych gruźlicą, u których równocześnie stwierdzali obecność białkomoczu. K e e r s m a e c k e r pod tym względem idzie jeszcze dalej i sądzi, że przewlekłe zapalenie nerek bez dostatecznie ustalonej ścisłej etyologii w większości przypadków bywa na tle gruźliczego schorzenia tkanki nerkowej. Z pośród 35 przypadków przewlekłego zapalenia nerek

w 28 przypadkach odczyn P i r q u e t'a był dodatni, z tych ostatnich w 19 przypadkach przy dokładnem badaniu udało się stwierdzić początkowe objawy gruźliczego zapalenia nerek. Analogiczne spostrzeżenie zrobił w dziecięcym szpitalu i chirurg L e e d h a m-G r e e n w przypadkach operacyjnych.

Dalej, rozpatruje autor całą grupę zapalenia nerek, znajdującą się w ścisłym związku z gruźlicą: a więc zapalenie nerek w przebiegu ostrej prosówkowej postaci gruźlicy; niekiedy jej przejawem bywa krwiomocz i obecność wałeczków w moczu.

R. Stankiewicz.

N. P. M a r s h. **Zakażenia dróg moczowych prątkami okrężnicy.** (British Journal of Children's Diseases. Nr. 117, 1913).

Autor zwraca uwagę na częstość zakażenia dróg moczowych u dzieci prątkami okrężnicy, które najczęściej dostają się do tych narządów bądź bezpośrednio z odbytnicy (u dziewczynek), bądź drogą krążenia, bądź wreszcie bezpośrednio do nerek z chorobowo zmienionej okrężnicy. W zależności od długotrwałości zakażenia występują objawy bądź podrażnienia, bądź zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych, a nawet i nerek. Sprawom daleko posuniętym towarzyszy gorączka zwalniająca, czasem odurzenie oraz ogólne objawy zakażenia, symulujące gruźlicę, dur brzuszny lub zapalenie opon mózgowych. O rozpoznaniu rozstrzygają łącznie z innymi objawami wyniki dokładnego, wielokrotnie wykonywanego, badania moczu, bolesność moczowodów, zaburzenia w oddawaniu moczu. Co się tyczy próby aglutynacyjnej z surowicą chorego, to pod tym względem zdania autorów są jeszcze podzielone. Autor zaleca w tych przypadkach stosowane przezeń leczenie zasadami (cytrynian sodu do 24 gramów na dobę). Dobre wyniki takiego leczenia tłomaczy autor w ten sposób, że zalkalizowany mocz utrudnia rozwój prątków okrężnicy oraz sprzyja szybszemu pożeraniu ich przez fagocyty. Stosowanie atropiny i helmitolu nie dało autorowi dobrych wyników, jego zdaniem dlatego, że podawał jednocześnie zasady; urotropina zaś ma działać jedynie w moczu kwaśnym (?). Stosowanie szczepionek własnych w 6 przypadkach nie dało żadnych wyraźnych wyników.

Niektóre przypadki, pomimo starannego leczenia, przybierają cechy cierpienia przewlekłego i trwają całe lata.

M. Erlichówna.

H. K o d a m a i N. K r a s n o g o r s k i. **Bakterye w chorobach dróg moczowych u dzieci i dorosłych.** (Centralbl. f. Bakter. Tom 69, 1913, str. 8).

Autorzy zbadali bakteryologicznie mocz w 20 przypadkach zapalenia pęcherza moczowego, a mianowicie: u 8-miu dorosłych i 12-rga dzieci (z kliniki C z e r n e g o), przyczem stwierdzili, iż prątek okrężnicy nie jest tak częstą przyczyną tego cierpienia, jak to zwykliśmy przypuszczać. Na 12 przypadków u dzieci w wieku od $4^1/_2$ miesięcy do 14 lat 2 razy tylko wyhodowano bact. coli E s c h e-

r i c h'a. W pozostałych przypadkach cierpienie pęcherza moczowego wywołały drobnoustroje następujące:

3 razy — gronkowce,

3 razy — B. paracoli,

3 razy — laseczki, bliżej nieokreślone, których charakterystyczną własnością było wytwarzanie odczynu zasadowego na pożywkach, oraz 1 raz ten sam prątek jednocześnie z b. paracoli. U dorosłych natomiast prątek okrężnicy oraz pokrewne jej drobnoustroje były częściej, niż u dzieci, przyczyną zapalenia pęcherza moczowego.

Na zasadzie badań powyższych autorzy dochodzą do wniosku, iż rozpoznania: C y s t i t i s i C o l i-C y s t i t i s nie są równoznaczne; ostatnie wolno nam ustalać tylko na podstawie wyniku badania bakteryologicznego. *H. Rozenblatówna.*

J o h n T h o m s o n. **Zakażenie dróg moczowych prątkiem okrężnicy u dziecka**. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Nr. 9, 1913).

Zakażenie dróg moczowych prątkiem okrężnicy zdarza się znacznie częściej u dzieci poniżej lat 2, niż u starszych; najciężej zaś przebiega we wczesnym wieku niemowlęcym. U dziewczynek zdarza się 4 razy częściej, niż u chłopców, co tłomaczy się bardzo łatwo, gdyż zakażenie najczęściej następuje przez cewkę, a budowa tej ostatniej u dziewczynek sprzyja zakażeniu. U chłopców zakażenie odbywa się prawdopodobnie tylko drogą bezpośredniego przejścia bakteryi z kiszek przez tkanki do dróg moczowych. Przebieg jest lżejszy w przypadkach zakażenia przez cewkę, czyli u dziewcząt jest on łagodniejszy, niż u chłopców; ciężej zaś przebiega u niemowląt, u których choroba najczęściej powstaje na tle zakażeń kiszkowych. Z objawów autor zwraca uwagę na częste dreszcze (objaw bardzo ważny u niemowląt, gdyż nie zdarzają się one w tym wieku w przebiegu chorób innych narządów). Dreszcze powstają prawdopodobnie wskutek podrażnienia błony śluzowej miedniczek i moczowodów, dlatego też zdarzają się często u dziewcząt, u których błony te najczęściej są zajęte. Mocz zawiera mnóstwo ciałek ropnych i prątków okrężnicy, w przypadkach zaś zajęcia nerek — wałeczki i znaczną ilość białka. W przypadkach zapalenia tylko pęcherza pomimo ropy i bakteryi w moczu ciepłota i stan ogólny dziecka pozostaje mniej więcej normalny; gorączka zwalniająca i ciężki stan ogólny wskazują na zajęcie miedniczek; ciężka zapaść z wysoką lub niewysoką ciepłotą oznaczają często ciężkie porażenie nerek.

Co się tyczy leczenia, tu przedewszystkiem należy mieć na względzie dostarczenie dużej ilości płynów, przyczem, o ile okaże się rzeczą konieczną,—przy pomocy zgłębnika żołądkowego lub przez odbytnicę. Za najskuteczniejszą metodę leczenia ostrego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych autor uważa alkalizacyę moczu. Na czem polega wpływ zalkalizowania moczu, trudno orzec; wpływa ono w jakiś sposób na charakter bakteryi i czyni je mniej jadowitemi. H o u s t o n znalazł, iż ciałka białe wykazują w środowisku

alkalicznem silniejszą żerność komórek, niż w kwaśnem; być może więc, że alkalizowanie moczu wzmaga fagocytozę. W celu zalkalizowania moczu Thomson radzi podawać cytrynian potasu (Kal. citricum) 4,0—8,0 dziennie. Odczyn moczu zmienia się zwykle w przeciągu 4—5 dni; w 1—2 dni po zmianie odczynu następuje poprawa ogólna. W 75% przypadków spotykają się nawroty ogólnych objawów w połączeniu z ponownem wystąpieniem odczynu kwaśnego w moczu; jednak dalsze stosowanie cytrynianu potasu z łatwością je usuwa. W przewlekłych przypadkach bezgorączkowych alkalizowanie moczu wydaje się nietylko niepożytecznem, ale wprost szkodliwem.

Środki przeciwgnilne działają albo pośrednio — przez zmniejszenie możliwości zakażenia kiszkowego (salol) albo też odkażają mocz bezpośrednio (urotropina). Stosowanie salolu w dawce 0,13 do 0,26—3 do 4 razy dziennie autor poleca szczególniej jednocześnie z cytrynianem potasu i w okresach późniejszych. Urotropina pozostaje zwykle bez wpływu, nadaje się tylko w okresie końcowym leczenia, szczególniej w przypadkach łagodnych. Leczenie szczepionkami daje dobre wyniki w tych samych przypadkach, gdzie działa skutecznie cytrynian potasu, w przewlekłych przypadkach — jest one bezskuteczne. *Falkowska.*

A. Czerny. **Doświadczenie co do przebiegu gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Arch. f. Kinderheilk. Tom 60—61).

Gruźlica gruczołów, kości i skóry przebiega dobrotliwiej, aniżeli gruźlica narządów wewnętrznych. Stan odżywienia nie ma wielkiego wpływu na przebieg gruźlicy, również obarczenie dziedziczne nie zawsze wpływa na ciężkość przebiegu. Wogóle, gruźlica u dzieci, posiadających układ nerwowy pobudliwy, przebiega znacznie ciężej, niż u dzieci niezbyt nerwowych. Pierwsze są trudniejsze do odżywiania, zmienia się też u nich szybko krążenie krwi— za tym poglądem przemawia fakt, że pobyt w sanatoryach z częściowym brakiem ruchu i regularne życie wpływają na takie dzieci dodatnio. Bardzo dobrze wpływa również na gruźlicę kuracya słoneczna i kuracya świeżem powietrzem; autor przypisuje nawet lepsze wyniki tej ostatniej metodzie. Sceptycznie zapatruje się natomiast na leczenie tuberkuliną; leczenie to bowiem odbywa się zwykle w sanatoryach, posiadających wszelkie warunki, które same przez się mogą wpłynąć dodatnio na przebieg gruźlicy. Rozwój gruźlicy w ustroju i liczne ogniska są w związku z obfitością wody w tymże. Ustrój, obfitujący w wodę (dzieci, żyjące przeważnie mlekiem i węglowodanami), jest dobrem podłożem dla drobnoustrojów. Ażeby wzbogacić pożywienie w tłuszcze, zaleca się tran. Chociaż gruźlica nie rozwija się szybko u dzieci, których ciało ma wysoką wagę właściwą, jednak nie ma to wpływu na wyleczenie już istniejących ognisk. Szczególnie trudne do wyleczenia są ogniska z przetokami; należy też zapobiegać ich powstawaniu przez wczesne wy-

konywanie punkcyi. Wogóle, ogniska zamknięte stoją zwykle w mierze, otwarte zaś mają tendencyę do rozmnażania się.

J. Celichowska.

O. Cozzolino. **Przyczynek do kwestyi karmienia niemowląt przez matki gruźlicze.** (Arch. f. Kinderheilk. Tom 60—61).

Wobec zwrotu w medycynie współczesnej w kierunku skłaniania jaknajwiększej ilości matek do karmienia piersią swych niemowląt (Escherich, Pfaundler, Schlossmann), autor stara się rozwiązać pytanie, czy kierunek ten jest rzeczywiście bezwzględnie racyonalny. Stawia on następujące pytania: 1) czy zarazek gruźliczy przechodzi do mleka karmiącej kobiety? 2) czy jad gruźliczy wydziela się przez mleko? 3) jaki wpływ ma karmienie na kobietę? 4) jaki wpływ wiera mleko gruźliczej matki na niemowlę? Według doświadczeń, robionych na zwierzętach, zarazek gruźliczy zdaje się nie przechodzić do mleka, zwierzęta jednak, morskie świnki naprzykład, jakkolwiek typowych zmian gruźliczych w ich narządach wykryć nie było można, umierały wśród objawów wyniszczenia (cachexia)—jest to przypuszczalnie wpływ jadu gruźliczego. Wiele kobiet karmienie doprowadziło do takiego stanu wycieńczenia, że dalsze karmienie było niemożliwe. Autor przypuszcza, że mleko matki gruźliczej mogłoby nie szkodzić niemowlęciu, gdyby poza karmieniem matka nie miała żadnej styczności z dzieckiem; dopóki jednak matki trzymać będą dzieci przy sobie, całować je i t. d., wywierać to będzie zawsze wpływ ujemny na ustrój dziecka. Wogóle, kwestya karmienia dzieci własnych przez gruźlicze matki łączy się najściślej z kwestyą profilaktyki gruźliczej w wieku dziecięcym. Autor zresztą przychyla się zupełnie do zdania Auvard'a, który mówi: jeune fille pas de mariage, femme pas d'enfants, mère—pas d'allaitement. *J. Celichowska.*

T. Ishiwara. **O obecności zarazków gruźliczych w wymionach bez makroskopowych zmian chorobowych u gruźliczych krów.** (Centralbl. f. Bakt. Orig. T. 70. 1913, str. 1).

Kwestya niebezpieczeństwa, jakie przedstawia dla człowieka zarazek perlicy, jest jeszcze nieustalona; ci, którzy rozstrzygają sprawę tę w sensie twierdzącym (Eber, Fibiger, Jensen), przypuszczają możliwość zakażenia przez wdychanie, dotyk i pokarmy—ostatni punkt odgrywa przytem rolę najważniejszą; z 1441 przypadków gruźlicy ludzkiej, w których wyhodowano zarazki typu bydlęcego, większość stanowią przypadki gruźlicy brzusznej.

Wobec tego autor poddał badaniu na obecność zarazków gruźliczych wymiona krów z ciężką gruźlicą ogólną; we wszystkich tych przypadkach wymiona same i ich gruczoły nie wykazywały makroskopowo żadnych zmian chorobowych.

Na 29 przeprowadzonych badań 5 razy (19,3%) udało się autorowi wyhodować laseczniki gruźlicze z wymion.

Autor wysnuwa następujące wnioski:

1. Ponieważ w 80% przypadków ciężkiej gruźlicy ogólnej w wymionach zarazków gruźliczych nie wykryto, więc twierdzić można, że klinicznie zdrowe krowy nie wydzielają laseczników z mlekiem, chociażby reagowały dodatnio na tuberkulinę.

2. Mleko krów ze stwierdzoną klinicznie gruźlicą jest zawsze podejrzane, nawet wtedy gdy wymiona nie wykazują makroskopowych zmian chorobowych. *K. Jonscher.*

H. K o e p e: **O działaniu teberkuliny, wprowadzanej do gruczołów za pomocą dróg chłonnych.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913. Tom VII; zesz. 2).

Sprawdzając wielkość gruczołów podpachowych przed próbą P i r q u e t'a i po próbie, autor zauważył, że gruczoły pachowe zmniejszają się często po P i r q u e t'yzacyi po stronie szczepionej. Dla potwierdzenia swych spostrzeżeń autor opisuje następujący przypadek: pięcioletni, przedtem zupełnie zdrowy, chłopak począł mizernieć, jednocześnie z pod prawej pachy począł wyrastać pakiet twardych gruczołów tak wielki, że zaczął przerzucać się na ramię. Takie same pakiety gruczołów poczęły występować na szyi, zwłaszcza po stronie prawej. Choremu zrobiono próbę P i r q u e t'a na prawej ręce. Odczyn wystąpił w postaci czerwonego guzka wielkości 7 mm.×10 mlm. Po czterech dniach na miejscu guzka wytworzył się przyschnięty wrzodzik, bardzo podobny do wrzodzików po szczepieniu wakcyny. Gruczoły pod pachą zmniejszyły się wyraźnie natychmiast po dokonanej próbie P i r q u e t'a. Wobec tak wyraźnego skutku powtórzono próbę P i r q u e t'a po upływie 10-ciu tygodni. Ogólny wygląd pacyenta poprawił się wyraźnie, waga zwiększyła się o 500 gr. W cztery miesiące po owej powtórnej próbie P i r q u e t'a gruczoł pachowy zmniejszył się do wielkości podwójnej fasoli. Zachęcony pomyślnym wynikiem, autor spróbował następnie wywołać takie samo zmniejszenie gruczołów szyjnych, wprowadzając do nich tuberkulinę zapomocą odpowiednich dróg chłonnych. W tym celu wykonano odczyn P i r q u e t'a z tyłu poza prawem uchem. Odczyn wypadł bardzo wyraźnie, guzki pokryły się wrzodzikami. Po P i r q u e t'yzacyi gruczoły szyjne zmniejszyły się w ciągu czterech miesięcy do wielkości grochu i bobu. Pomimoto, że chory nie zmienił warunków, wygląd jego poprawił się: dawniej „ciężko chory“ chłopak nabrał obecnie „kwitnącego wyglądu“ i przybrał na wadze 3.600 g. Dalsze spostrzeżenia autora stwierdziły dodatnie działanie próby P i r q u e t'a na bliżej leżące gruczoły gruźlicze. Obserwacya chorych w przeciągu trzech do czterech lat nie wykazała nawrotów i obrzęku gruczołów.

Miecz. Michałowicz.

M. K a s a h a r a: **Przyczynek do swoistości naskórnego tuberkulinowego odczynu P i r q u e t'a. Jednocześnie przyczynek do patologicznej anatomii naskórnego odczynu, wywołanego przez jad błoniczy.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1913. Tom IX. zesz. I).

Otrzymywane przy szczepieniu tuberkuliny według Pirquet'a guzki odznaczają się pewną swoistością (obecność olbrzymich komórek Langhaus'a, nacieczenie limfocytami naczyń krwionośnych). Istniejąca pod tym względem różnica zdań różnych autorów daje się wytłomaczyć tem, że autorzy badali guzki w rozmaitych okresach ich rozwoju. Wytwarzanie się olbrzymich komórek Langhaus'a, spotykanych dość często w starych tuberkulinowych guzkach, zależy od swoistego podrażnienia tuberkuliną. Długotrwałe podrażnienie toksynami zdaje się odgrywać tu wielką rolę. Autor badał także naskórny odczyn, wywołany przez jad błoniczy, i przekonał się, że wiele dzieci reaguje swoiście na naskórne stosowanie jadu błoniczego. Odczyn tkanek w postaci swoistego guzka, wywołanego przez zaszczepienie jadu błoniczego, odznacza się pod względem histologicznym wyraźnemi zmianami w naczyniach krwionośnych (zgrubienie błony wewnętrznej, rozszerzenie i przepełnienie naczyń krwionośnych i t. p.), jak również włóknikowem zapaleniem corii. Aczkolwiek zewnętrzny wygląd naskórnych odczynów, wywołanych przez tuberkulinę, jad błoniczy i atoksyl, jest bardzo podobny pod względem makroskopowym, to jednak drobnowidowe badanie z łatwością wykrywa pewne różnice między nimi.

Miecz. Michałowicz.

Effler. **Walka z gruźlicą w wieku niemowlęcym.** (D-tsche med. Woch. Nr 7 i 8. 1914).

Autor zestawia materyał odsetkowy, który obserwował w Towarzystwie opieki nad gruźliczymi, dzieląc go na 3 kategorye:

1-szą kategoryę stanowią dzieci, których rodzice już przed urodzeniem się tychże korzystali z opieki;

2-ga kategorya obejmuje dzieci, których rodzice zaczęli korzystać z opieki po urodzeniu się danego dziecka;

3 cia kategorya obejmuje dzieci, których rodzice zwrócili się w sprawie opieki już po zarażeniu się dziecka gruźlicą.

Z pośród danych tych trzech kategoryi najwięcej ucierpiały dzieci ostatniej kategoryi, z czego autor wyciąga wnioski na korzyść działalności Towarzystwa.

Jedynym najlepszym środkiem, który może uchronić niemowlę, będące w środowisku gruźliczem, od zarażenia się gruźlicą jest odosobnienie go czy to przez usunięcie źródła zarazy, czy też przez usunięcie samego dziecka z domu.

Pytanie, czy już zarażony osesek powinien być odosobnionym od tej osoby, która go zaraziła, rozstrzyga autor twierdząco.

Dla skuteczniejszej walki z gruźlicą powinny towarzystwa przeciwgruźlicze iść ręka w rękę z towarzystwami opieki nad oseskami (tam naturalnie, gdzie one istnieją. Przyp. spraw.).

Zwalczanie gruźlicy u oseskówma doniosłe znaczenie dla walki z gruźlicą wogóle, gdyż zmniejsza znacznie ilość chorych na gruźlicę

Karol Rieder.

A. B e n f e y. u. H. B a r d t.: **Przyczynek do etyologii powiększonych gruczołów u dzieci poza wiekiem niemowięctwa i o związku tego objawu z limfatyzmem.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde 1913. Tom VII, zesz. 5—6).

Skaza limfatyczno-wysiękowa ujawnia się, zdaniem autora, u starszych dzieci rzadziej w postaci wyprysków, natomiast częściej w postaci obrzęków gruczołów szyi, gruczołów pod kątem żuchwy i obrzęku migdałków. Niedawno jeszcze utożsamiano pojęcie o dziecku z gruczołami z pojęciem o „dziecku z ukrytą gruźlicą". Tymczasem ostatnimi czasy słyszymy coraz częściej zdanie, że nie wszystkie dzieci, cierpiące na powiększenie gruczołów, są dotknięte gruźlicą.

Część dzieci, jeśli wnosić o tem z ujemego odczynu P i r q u e t'a, jak to stwierdzają badania różnych autorów, jest wolną od gruźlicy. Na powiększenie gruczołów wywierają wpływ dwa czynniki, mianowicie: z jednej strony — wrodzona wrażliwość układu limfatycznego, z drugiej — następcze zakażenia. Każde poprzednie zakażenie wzmaga w tych razach wrażliwość układu gruczołowego względem zakażenia następczego. Tym sposobem gruczoły są w stanie nieustającego podrażnienia. Prócz powiększenia gruczołów szyi i gruczołów pod kątem żuchwy wykazują tacy chorzy również często powiększenie trzeciego migdałka oraz skłonność do neuropatyi, nadmiernego wrostu i do braku należytej wagi; często spotykamy w tych razach bledniсę. Ilość limfocytów jest zwykle zwiększoną. Co się tyczy eozynofilii, to takowa została stwierdzona li tylko w dwu przypadkach na ogólną ilość trzynastu przypadków, zbadanych przez autorów. Do pracy został dołączony nader pouczający i ciekawy „schemat badania". *Miecz. Michałowicz.*

I. F i n d l a y: **Drogi przenikania prątków gruźlicy do ustroju.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1913. Tom VII, zeszyt 5—6).

Wobec nierozstrzygniętego dotychczas sporu o drogach, któremi przenikają do ustroju prątki gruźlicze, autor dokonał szeregu doświadczeń z wprowadzaniem prątków gruźliczych królikom i świnkom morskim. Prątki wprowadzono: w jednych przypadkach — do dróg oddechowych, w drugich—do przewodu pokarmowego. Autor przyszedł do wyników następujących: wdychanie prątków gruźliczych powoduje u królików w bardzo szybkim czasie gruźlicę płuc; wprowadzanie prątków, zmieszanych z pokarmem, przeciwnie wywołuje zakażenie gruźlicą li tylko w bardzo rzadkich przypadkach oraz z wielkiemi trudnościami; należy zachować jak największą ostrożność, aby wchłaniane wraz z pokarmem prątki nie trafiły do dróg oddechowych. Wobec tego, autor nie stosował ani karmienia zwierząt pokarmem, zakażonym prątkami, ani wprowadzania prątków za pomocą zgłębnika żołądkowego. Również nieodpowiedniemi okazały się dla celów wyżej wskazanych gastrostomia i gastropeksya. Znacznie bezpieczniejszą rzeczą jest wprowadzanie prątków

do żołądka za pomocą kapsułek żelatynowych. Ponieważ świnki morskie okazały się nieodpowiedniemi do inokulacyi powtórnej, ginęły bowiem w zbyt krótkim czasie, autor radzi szczepić powtórnie króliki, a nie świnki w tych razach, gdy się chce skontrolować wyniki szczepienia u pierwszego królika. Na zasadzie powyższych doświadczeń autor przyszedł do wniosku, że trudno przypuścić, by prątki gruźlicze mogły przenikać przez nieuszkodzoną śluzówkę jelit. *Miecz. Michałowicz.*

C. Beck. **Leczenie gruźlicy dziecięcej tuberkuliną Rosenbach'a.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1913. Tom VI, zeszyt 5).

Trzy lata temu Rozenbach zaproponował nowy rodzaj tuberkuliny, osłabionej stokrotnie w porównaniu do tuberkuliny Koch'a. Sposób przygotowywania tuberkuliny Rosenbach'a polega na hodowaniu grzybka „Trichophyton“ na hodowlach prątków gruźliczych. Trichophyton rozmaża się bardzo szybko i wywiera wpływ biochemiczny na prątki. Prątki gruźlicze tracą pewną ilość związanych mniej ściśle ze sobą cząsteczek jadu, zachowują natomiast ściślej związane ze sobą cząsteczki uodporniające. W miejscu zaszczepienia grzybka „Trichophyton“ na pożywce gruźliczej zjawia się biała powłoka. Z powłoki wyrastają wkrótce białe nici, przenikające w głąb hodowli. Po upływie pewnego czasu można zauważyć gołem okiem ściemnienie gruźliczej hodowli oraz rozpadanie się zooglei. Badanie drobnowidowe wykazuje w takiej hodowli przewagę postaci wstecznych. Rozenbach używa hodowli „Trichophyton holosericum album“, zaszczepiając takowe na 6—8 tygodniowych hodowlach gruźliczych. Przerastanie hodowli trwa od 10 do 12 dni, przy ciepłocie 20—22°C. Po przefiltrowaniu, rozcieńczeniu gliceryną i po dodaniu 0,5% kwasu karbolowego, preparat tuberkulinowy nadaje się do użytku. Dokonane na zwierzętach doświadczenia dowiodły, że jadowitość wyżej opisanego przetworu jest minimalną. Śmiertelna dawka znacznie przewyższa 2,5 ctm.^{3} pro kilo wagi zwierzęcia.

Autor stosował tuberkulinę Rosenbach'a u 30-rga dzieci (23 chorych stałych, 7 przychodnich). Wiek dzieci wynosił od pół do 14½ lat. Oprócz porażenia gruczołów oskrzelowych (stwierdzonych prawie we wszystkich przypadkach), chorzy cierpieli w 10 przepadkach na gruźlicę płuc, w 1 — na wysięk opłucnej, w 3 — na gruźlicze zapalenie otrzewnej, w 1 — na gruźlicę jelit, w 5 — na gruźlicę gruczołów, w 4 — na przewlekłe zapalenie ucha średniego, w 2—na gruźlicę części miękkich, w 5—na gruźlicę skóry, w 7 przypadkach stwierdzono gruźlicze porażenie różnych narządów.

Za początkową dawkę do zastrzykiwań autor uważa 0,1 rozcieńczonej tuberkuliny, (wobec „stokrotnego“ osłabienia odpowiadałoby to 0,01 Alttuberkuliny Koch'a). Tak wysoką dawkę autor stosował nawet u niemowląt. Po pierwszem zastrzykniękiu następują dalsze z przerwami 1—2 dniowemi, przyczem dawka powiększa

się o 0,1 ctm³ za każdym razem (Curschmann rozpoczyna od 0,01 i wzmaga następne zastrzykiwania li tylko 0,01). Beck jest bardzo zadowolony z otrzymanych przezeń wyników i radzi stosować tuberkulinę Rosenbach'a, zwłaszcza w połączeniu z leczeniem klimatycznem.

Miecz Michałowicz.

C. Cattaneo: **Badania nad odczynem skórnym na ludzką i krowią tuberkulinę u dzieci.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde 1913. Tom VI, zesz. 5.).

Pytanie, czy ustrój ludzki może zakazić się prątkami typu bydlęcego, i odwrotnie, czy można zakazić rogaciznę prątkami typu ludzkiego, pozostało dotychczas nie wyjaśnione. Chcąc podać pewien przyczynek do rozstrzygnięcia powyższego pytania, autor przedsięwziął szereg szczepień Pirquet'a z równoległem zastosowaniem dwu gatunków tuberkuliny: typu ludzkiego i bydlęcego.

W ten sposób zaszczepił 45-ro dzieci, cierpiących na gruźlicę narządów wewnętrznych. Wyniki były następujące: 15% badanych reagowało tylko na T. H.; 15,5% reagowało tylko na T. B. W jednakowym stopniu na oba rodzaje tuberkuliny reagowało 31,1%. Reagowało więcej na T. H., niż na T. B.—13,3%. Odwrotnie, silniej na T. B., niż na T. H., reagowało 6,6%. Natomiast otrzymano inne wyniki przy badaniu 17-rga dzieci, cierpiących na gruźlicę chirurgiczną.

W tych razach autor nie otrzymał ani razu odczynu wyłącznego lub bardziej wyraźnego odczynu na T. H. Odwrotnie, wyłączny odczyn na T. B. został stwierdzony w chirurgicznej gruźlicy w 47%, zaś wyraźniejszy odczyn na T. B., niż na T. H., w 17,9%. Pozostawiając pytanie o unitaryzmie i dualizmie w etyologii gruźlicy nadal otwartem, autor przychodzi do wniosku, że typus bovinus spotyka się częściej w gruźlicy chirurgicznej.

Miecz. Michałowicz.

Prof. Eber. **Czego dowodzą doświadczenia, dokonane w instytucie weterynaryjnym w Lipsku w sprawie stosunku gruźlicy ludzkiej do perlicy.** (Centralbl. f. Bakt. Orig. T. 70. 1913, str. 229).

W 31 przypadkach gruźlicy ludzkiej autor zbadał zachowanie się zarazków Koch'a względem rogacizny, posiłkując się następującą metodyką: materyał, otrzymany podczas sekcyi lub operacyi, zastrzykiwano świnkom podskórnie; po wystąpieniu u nich objawów gruźliczych zastrzykiwano emulsyę z narządów świnek rogaciźnie, początkowo do otrzewnej, poźniej zaś do otrzewnej i podskórnie jednocześnie.

Zbadane w ten sposób 23 przypadki sekcyjne i 8 operacyjnych wykazały 7 razy obecność zarazków, zjadliwych dla roga-

cizny już przy pierwszem zaszczepieniu lub też dopiero po kilkakrotnem przeszczepieniu.

1) Na 8 przypadków, w których w powyżej opisany sposób zużyto do zastrzykiwań gruźlicze gruczoły krezkowe dzieci, zmarłych na gruźlicę lub też z jakiego innego powodu, w 3 udało się autorowi wywołać typową gruźlicę u rogacizny. Przypuścić więc można, że zakażenie w tych przypadkach wywołane zostało przez zarazki typu bydlęcego za pośrednictwem pokarmu. We wszystkich tych trzech przypadkach rozpoznano anatomicznie pierwotną gruźlicę gruczołów krezkowych.

2) Przypadki gruźlicy ludzkiej, w których znajdowano zarazki typu bydlęcego, nie zawsze mają przebieg łagodny.

3) Zjadliwość dla rogacizny spotykamy również w pojedyńczych przypadkach gruźlicy chirurgicznej, głównie w przypadkach gruźlicy gruczołów szyjnych u dzieci.

4) W 7 przypadkach (6 razy u dzieci) udało się autorowi (są to pierwsze przypadki tego rodzaju) przez kilkakrotne przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie otrzymać zarazki zjadliwe dla zwierząt nawet w przypadkach, w których zaszczepienie pierwotne, t. j. narządów świnki, nie dało wyników dodatnich.

Autor twierdzi więc, że przez planowe przeszczepianie można zarazki gruźlicy ludzkiej przekształcić na zarazki typu bydlęcego.

K. Jonscher.

H. K o c h. **W sprawie gruźliczego zapalenia opon.** (Zeitschrift f. Kinderheilkunde. 1913. T. VI. Zesz. 4, str. 263).

Autor podaje wyniki swych badań nad gruźliczem zapaleniem opon mózgowych w 305 przypadkach, leczonych w wiedeńskiej klinice dziecięcej. Z powodu nagromadzenia faktycznego materyału praca nie nadaje się do zreferowania. *M. Michałowicz.*

K l e i n s c h m i d t. **O skrytej gruźlicy w wieku dziecięcym** (D-tsche med. Woch. 1914, str. 1120).

Przy badaniu gruźlicy w wieku dziecięcym należy liczyć się z dwoma doświadczalnie stwierdzonymi faktami: po pierwsze, że, im mniejszą jest ilość materyału zakaźnego, tem mniejszą jest wrażliwość zakażonego ustroju na tuberkulinę, i po drugie, że wrażliwosć ta jest wogóle mniejszą w ustroju młodzieńczym. Przyjąwszy to pod uwagę, uznaje autor, że w pewnej części przypadków możliwym jest względnie długi, nawet biologicznie ukryty okres gruźlicy.

K. Rieder.

R a u t e n b e r g. **W sprawie bacillaemii w gruźlicy.** (D-tsche med. Woch. 1914, Nr. 10, str. 492).

M o e w e s. **Laseczniki gruźlicze we krwi** (Ibid. str. 491). 4—5 ctm.^{3} krwi ludzi, ciężko chorych na gruźlicę, zastrzykniętych przez R a u t e n b e r g'a małpom, nie wywoływały żadnych zmian gruźliczych u tych ostatnich. Z tego wynika, że chorzy na gruźlicę

nie mają we krwi laseczników, a przynajmniej nie mają żywych laseczników, a o te wszak chodzi w spornej sprawie. A że żywe laseczniki mogą pozostawać we krwi małp, tego dowodzą następne doświadczenia, w których R. zastrzykiwał małpom $^1/_2$—$^3/_4$ mlg. laseczników do żyły, a potem zastrzykiwał $^1/_2$ – 1 ctm.^{3} krwi tych małp morskim świnkom. Wszystkie małpy zmarły po 17—19 dniach na prosówkę, zaś wszystkie prawie morskie świnki, którym zastrzykiwano krew tych małp, zginęły wśród objawów ciężkiej gruźlicy.

Moewes znalazł u świnek morskich gruźliczych prawie w 70% przypadków laseczniki gruźlicze we krwi, zastrzykując krew tę zdrowym świnkom morskim. *K. Rieder.*

Ickert. **Zabezpieczanie dzieci od gruźlicy.** (D-tsche med. Woch. 1913. Nr. 46, str. 2255).

Dotychczas zwalczanie gruźlicy polega głównie na chęci wyleczenia istniejącej już sprawy gruźliczej. Wszędzie też urządzane są sanatorya i kolonie, na które wysyłane są dzieci na kilka tygodni, w ciągu których mają podreperować swoje zdrowie, aby potem wrócić znowu do dawnego środowiska, gdzie gruźlica się szerzy i zaraża. W r. 1898 zwrócił Grancher we Francyi uwagę na to, że najważniejszem zadaniem w zwalczaniu gruźlicy jest ochrona dzieci przed zarażeniem się gruźlicą. Lecz dopiero w 1903 udało mu się zorganizować towarzystwo, mające na celu wcielanie w życie wygłaszanych przezeń poglądów. Towarzystwo to nosi nazwę „Préservation de l'Enfance contre la tuberculose", a zadania jego najlepiej streszczają następujące słowa samego twórcy: „Jeżeli gruźlicą dotknięci są ojciec i matka rodziny, mieszczącej się w ciasnem mieszkaniu, to nie jest do uniknięcia, aby dzieci się również nie pozarażały gruźlicą; według mnie, najskuteczniejszym środkiem w walce z gruźlicą będzie wczesne wyrywanie ofiar ze środowiska gruźliczego. Z rodzin gruźliczych nasza „Oeuvre de la Préservation" zabiera zdrowe jeszcze dzieci i oddaje je na wieś do zdrowych rodzin, gdzie nasi pupilkowie pozostają przez cały czas wieku szkolnego aż do 13-go roku życia." W rodzinach tych dzieci pozostają albo do chwili, kiedy znikła obawa zarażenia się w domu, albo aż do wieku, w którym rozpoczynają samodzielne życie. Nawet po wypuszczeniu stara się Towarzystwo nie tracić dzieci tych z oczu i otacza je nadal swoją opieką, ewentualnie, pomagając materyalnie w życiu. Wyniki działalności tej instytucyi są bardzo pomyślne, gdyż z pośród 1000 dzieci, w ten sposób usuniętych z otoczenia gruźliczego, ogółem zmarło na gruźlicę tylko jedno, reszta nie uległa zakażeniu gruźliczemu. Czas istnienia tej instytucyi jest jeszcze zbyt krótki, aby mówić o trwałych wynikach; francuzi jednak obliczyli, że, o ile wśród dzieci, pozostających w środowisku gruźliczem, śmiertelność dochodzi do 60%, a chorobliwość jest jeszcze większą, to śmiertelność dzieci, będących pod opieką omawianego towarzystwa, wynosi niespełna $^1/_4$%, a chorobliwość—$^1/_2$%.

Koszty utrzymania kompletnego (włącznie z ubraniem) każdego dziecka, będącego pod opieką towarzystwa, wynoszą 1—1,20 fr. dziennie. Ponieważ utrzymanie zdrowego dziecka kosztuje naturalnie mniej, aniżeli chorego (conajmniej 2 razy mniej), wynika stąd, że, jeżeli udaje się uchronić dzieci od gruźlicy, zaoszczędza się w ten sposób ogromny kapitał narodowy, znaczna bowiem ilość z pośród dzieci, nie usuniętych ze środowiska gruźliczego, chorowałyby na gruźlicę. (Jest to i dla nas bardzo ważna kwestya ze względu na zbliżającą się chwilę wprowadzenia samorządu—przyp. referenta). Dotychczas za przykładem Francyi, gdzie organizacya ta rozwija dość rozległą działalność z kilkoma głównymi ośrodkami—w Paryżu, Tulonie, Lyonie, Marsylii i inn., poszła tylko Belgia, a ostatnio i niemcy urządzili w tym celu specyalną kolonię w Adelsbergu. W szczegółach różni się ona trochę od francuskiej „Préservation", lecz naogół ma te same cele na widoku. *K. Rieder*

S. Samelson. **O odczynie luetycznym Dungern'a w przypadkach lues congenita**. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913. Tom VIII; zesz. 2, str. 155).

Z palca lub z płatka ucha bierze się 12 kropel krwi; krew tę odwłóknia się za pomocą mieszania na szkiełku od zegarka. Następnie bierze się 2 dodane do odczynnika probówki. Do jednej z tych probówek nalewa się 0,1 ctm.^{3} wyciągu narządów i 2 ctm.^{3} 0,8% roztworu soli kuchennej; do tego wkłada się 1 „papierek-dopełniacz" i 0,1 ctm.^{3} odwłóknionej krwi danego osobnika. Do 2-ej probówki wlewa się w celu kontroli 0,6% roztworu soli kuchennej, wkłada się „papierek-dopełniacz" i dolewa się 0,1 ctm.^{3} badanej krwi. Po wielokrotnem kłóceniu pozostawiamy obie probówki przynajmniej w ciągu 1-ej godziny w ciepłocie pokojowej, poczem dolewamy pewną dawkę dwuchwytnika. Po upływie 10 minut kłócimy zawartość probówek. Następnie, znowu pozostawiamy obie probówki w przeciągu godziny, po upływie której można uważać odczyn za skończony. Przy odczynie dodatnim czerwone ciałka krwi opadają na dno, a znajdujący się nad niemi płyn pozostaje przezroczystym, natomiast czerwone ciałka krwi, zawarte w probówce kontrolującej, ulegają rozpuszczeniu. Częściowe rozpuszczenie się czerwonych ciałek krwi należy uważać za ujemny wynik odczynu. Autor sprawdzał tę prostą i wymagającą mininum czasu i krwi próbę przy pomocy odczynu Wassermann'a i przyszedł do wniosku, że odczyn Dungern'a zastępuje w zupełności próbę Wassermann'a. *M. Michałowicz.*

Ledermann. **Kiła dziedziczna i dyagnostyka serologiczna.** (D-tsche med. Woch. 1914. Nr 4; str. 176).

U osób dorosłych opisane są przypadki, w których otrzymujemy wynik dodatni odczynu Wassermann'a bez obecności kiły w danym ustroju. U oseska owe pseudoreakcye opisane są tylko w płonicy. Autor zbadał 650 osesków, nie obarczonych kiłą,

i tylko u 3 z nich stwierdził dodatni odczyn W a s s e r m a n n'a. U jednego z nich, 5½ mies. dziecka, odczyn dodatni wystąpił podczas wędrującego zapalenia płuc przy ciepłocie 39,8°; u drugiego (rocznego)—w przebiegu grypy, powikłanej zapaleniem ucha środkowego i ropniem na wyrostku sutkowym, a u trzeciego, 3-tygodniowego septycznego oseska, przy ciepłocie 39,5°.

Z danych powyższych wyciąga autor wniosek, aby nie brać krwi do badań na odczyn W a s s e r m a n n'a podczas okresu gorączkowego albo wkrótce po nim i być ostrożnym przy ocenie dodatniego wyniku u ciężko chorych dzieci, nie mających żadnych objawów kiły.

U osesków, posiadających widoczne objawy kiły, odczyn W a s s e r m a n n'a wypada prawie zawsze wybitnie dodatnio i zachowuje się zupełnie analogicznie do odczynu W a s s e r m a n n'a u dorosłych z wtórnymi objawami kiły nabytej lub ogólnego poraźnego zniedołężnienia postępującego. Autor znalazł tylko w jednym przypadku (u 14-dniowego chłopca) odczyn W a s s e r m a n n'a ujemny.

Zdarza się czasami, że u osesków z kiłą dziedziczną, nie posiadających widocznych objawów znajdujemy zaraz po urodzeniu ujemny wynik odczynu W a s s e r m a n n'a, i dopiero potem, na krótszy lub dłuższy czas przed ukazaniem się objawów, odczyn staje się dodatnim. Wynika z tego wniosek praktyczny, aby w razie potrzeby karmienia dziecka rodziców kiłowych przez obcą mamkę być bardzo ostrożnym: uczynić to mamy prawo dopiero po kilkorazowem serologicznem zbadaniu oseska, o ile on nie posiada widocznych objawów kiły; wynika z tego również wskazówka, aby i o zdrowiu mamki nie wnioskować na zasadzie ujemnego odczynu W a s s e r m a n n'a u jej dziecka, do czego zresztą rzadziej się uciekamy ze względu na to, że wygodniej i nieomylniej jest zbadać samą mamkę.

Czy matka, która urodziła dziecko kiłowe, może pozostać zdrową (zakażenie spermatyczne), pozostaje dotąd kwestyą jeszcze nierozstrzygniętą; natomiast okazuje się prawdopodobnem, że w jednej i tej samej rodzinie mogą się rodzić naprzemian dzieci z kiłą i bez kiły.

Na 67-ro osesków w wieku niżej roku większość miała kiłę narządów wewnętrznych: 1 osesek miał objawy porażenia P a r r o t'a; jeden—osteitis syphilitica. U kilkorga dzieci dodatni wynik odczynu W a s s e r m a n n'a był pierwszym zwiastunem, poprzedzającym widoczne objawy kiły.

Na 18-ro dzieci w wieku od 1 do 5 lat część miała widoczne objawy kiły, a część ich nie miała. 5-cioro dzieci miało zaburzenia ośrodków. Najwięcej chorych dzieci jest w wieku od 6-u lat i po wyżej z najrozmaitszymi objawami, często ciężkimi, gdyż często pierwsze objawy kiły dziedzicznej nie zostały spostrzeżone, i dziecko nie poddane było w czasie właściwym energicznej kuracyi. W odczynie W a s s e r m a n n'a posiadamy wygodny i nieza-

wodny wskaźnik obecności zakażenia, i dlatego należy u dzieci rodziców kiłowych zawsze odczyn ten sprawdzić, a następnie, powodując się jego wynikiem, stosować odpowiednie leczenie. Dodać należy, że odczyn W a s s e r m a n n'a u dzieci zostaje b. długo dodatnim i trudno znika. Autor przypisuje to zbyt małej energii, wykazywanej przy pierwszej kuracyi, i jest tego zdania, że dzieci z kiłą dziedziczną należy poddawać systematycznej energicznej kuracyi swoistej rtęcią, a ostatnio salvarsanem i neosalvarsanem. To też od czasu, kiedy zasadę tę wprowadzono w życie, ilość przypadków, w których odczyn W a s s e r m a n n'a, początkowo dodatni, przeszedł następnie w ujemny, jest coraz większy.

Należyte i dobre odżywianie, świeże powietrze i dobra pielęgnacya powinny stanowić uzupełnienie swoistego leczenia.

K. Rieder.

E. W e l d e: **O losie 396-rga dzieci z wrodzonym przymiotem i o potrzebie zorganizowanej w tym kierunku opieki.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1913. Tom VII; zesz. 5. i. 6).

Chore na przymiot dzieci stanowią wśród chorych, odwiedzających poliklinikę berlińską, 0,79%, chore na przymiot niemowlęta — 0,55%. Pomimo dość szczegółowej registracyi i pomimo współudziału policyi berlińskiej, autorowi udało się zebrać dane o późniejszym losie chorych na przymiot dzieci li tylko w 68% przypadków. Śmiertelność luetyków, nie wykluczając też leczonych w klinice, dosięga w przypadkach autora 74%. Należy jednak zaznaczyć, że 20% chorych zostało zapisanych przy przyjęciu do kliniki w stanie beznadziejnym. Co się tyczy objawów, to były one następujące: 35% urodziło się przedwcześnie; u 12% stwierdzono pęcherzycę; u 61% — objawy cierpienia narządów wewnętrznych: powiększenie wątroby oraz śledziony, wzdęcie brzucha; u 20% stwierdzono zapalenie nerek, u 7%—zapalenie otrzewnej, u 15%— zapalenie opon mózgowych, rozpoznane w większości przypadków dopiero na sekcyi. Rokowanie wypadało tem smutniej, im wcześniej występowały objawy choroby. Tak n. p. u 35% zmarłych objawy cierpienia ujawniły się natychmiast po urodzeniu, u 42%— w ciągu pierwszych tygodni po urodzeniu i wreszcie, u 1% — dopiero na początku drugiego kwartału. Tylko 17% zmarłych miało możność odżywiania się mlekiem kobiecem; 6% otrzymało pierś tylko w ciągu pierwszych tygodni życia, w 77% przypadków dzieci były żywione sztucznie. Leczenie pelegało albo na wstrzykiwaniu sublimatu à 0,001—0,002 raz tygodniowo, albo na wprowadzaniu per os Hydrargyr. Protojoduret. 2—3 razy dziennie po 0,005—0,01 lub Calomelanos 2—3 razy dziennie po 0,002 do 0,003; oprócz tego stosowano kąpiele z roztworu sublimatu 1 : 20.000 lub wcierki szarej maści po 0,3—0,5 na dawkę. Co się tyczy salvarsanu, to autor nie odważa się wypowiedzieć ostatecznej opinii wobec zbyt małej ilości własnych obserwacyi. Natomiast twierdzi autor. że, im systematyczniej było przeprowadzone zwykłe, przyjęte w tych wypadkach le-

czenie, tem lepsze osiągano wyniki. Niestety, 38,5% chorych zjawiło się w przychodni tylko po 1 razie i nie stosowało nadal prawdopodobnie żadnego leczenia. Przerażająco wysoka śmiertelność tłomaczy się jedynie złymi warunkami życia oraz nizkim poziomem rozwoju umysłowego rodziców i nie odpowiada wobec tego rzeczywistej śmiertelności z powodu przymiotu; warstwy zamożniejsze dają znacznie wyższy odsetek osobników, wyleczonych od przymiotu. Autor następnie zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, jakie przedstawia niemowlę—luetyk dla otoczenia wskutek możności szerzenia zakażenia dalej, i podnosi kwestyę konieczności stworzenia specyalnych przytułków i obserwacyjnych przychodni dla dzieci leutyków.

Miecz. Michałowicz.

Walter Weisbach. **Przyczynek do teoryi o działaniu salvarsanu.** (Zeitschr. f. Immunitätsforschung u. experim. Therapie. 1914. Orig. I. 21. Str. 187).

Ehrlich przypuszcza, że salvarsan w pierwszym rzędzie działa bakteryobójczo na zarazki, znajdujące się w ustroju, wstępując z nimi w związki chemiczne; w drugim dopiero rzędzie dopuszcza on możliwość działania arszeniku nie bezpośrednio na zarazki, lecz za pośrednictwem bakteryobójczych ciał krwi, które wytwarzają się wskutek przedostania się do krwi jadów wewnątrzkomórkowych z zarazków, zabitych wprost przez salvarsan.

Z drugiej strony, Uhlenhuth i Wrigthe twierdzą, że preparaty arszenikowe (Atoxyl) działają wyłącznie na komórki ustrojowe, pobudzając je do wytwarzania związków, zabójczych dla zarazków. Za tym ostatnim poglądem na działanie salvarsanu przemawiają poczęści doświadczenia Aggazzi'ego, Friedberger'a, Masud'a oraz Boehnke'go, wykazujące, że salvarsan wywiera pewien dodatni wpływ na wytwarzanie się różnych ciał bakteryobójczych.

Autor robił doświadczenia w celu wykrycia, czy salvarsan ma pewien wpływ na już wytworzone w ustroju przeciwciała, i doszedł do następujących wniosków:

1. Należy wykluczyć bezpośrednie wzmożenie działania dopełniacza i dwuchwytnika przez salvarsan; salvarsan (w rozcieńczeniu 1:10000) nie hemolizuje krwinek.

2. W probówkach z salvarsanem hemoliza występowała znacznie prędzej, aniżeli w probówkach, zawierających tylko system hemolityczny.

3. Przyczyną tego jest fakt, że krwinki w obecności salvarsanu łączą się z dwuchwytnikiem znacznie prędzej, niż bez niego.

K. Jonscher.

Götzky. **O klinicznem znaczeniu obrzmienia gruczołów łokciowych.** (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913. Tom VII; zesz. 1. i 2).

Autor zbadał 674-ro dzieci i doszedł do wniosku, że gruczoły łokciowe spotykają się u dzieci każdego wieku aż do wieku pokwitania. W większości przypadków gruczoły wymacują się na obu rękach i są wtedy najczęściej pozostałością przebytego przymiotu. Krzywica wywołuje obrzęk gruczołów tylko w bardzo rzadkich przypadkach. Nieco częściej spotykamy obrzęk gruczołów w gruźlicy. Obrzęk gruczołów, stwierdzony u niemowlęcia, świadczy prawie napewno o przymiocie. Łokciowe gruczoły, stwierdzone u starszych dzieci, wzbudzają silne podejrzenie co do przymiotu i są nieraz jedynym objawem ukrytej postaci tego cierpienia. Obrzęk gruczołów nie znajduje się w żadnym związku z ogólnym przerostem układu chłonnego (limfatyzm). Obrzęk gruczołów, stwierdzony tylko po jednej stronie, przemawia w większości przypadków przeciw przymiotowi. Co się tyczy kontroli zapomocą promieni R o e n t g e n'a w celu wyjaśnienia, czy niema zmian w okostnej, to przy ocenie wyników tego rodzaju badań należy zachowywać pewną ostrożność. Z drugiej jednak strony, musimy przyznać, że badanie promieniami R o e n t g e n'a może jednak nieraz dać cenne wskazówki w sprawie określania etyologii badanego przypadku. *M. Michałowicz.*

T h. S a v i n i - C a s t a n o i E. S a v i n i. **Przyczynek do etyologii, patogenezy i patologicznej anatomii rodzinnego, amaurotycznego idyotyzmu Tay-Sachs'a.** (Zeitschrift f. Kinderheilk. 1913. Tom. VII; zesz. 5 i 6; str. 321).

Chory, w wieku $2^1/_2$ lat, pochodzący z biednej żydowskiej rodziny w Polsce, zatrzymał się, poczynając od 7-go miesiąca życia, w rozwoju umysłowym. Mimo to objętość głowy zwiększała sie stale i doszła ku końcowi 2-go roku do 51,5 ctm. Jednocześnie dziecko zupełnie oślepło. Oftalmologiczne badanie stwierdziło, co następuje: typowy zanik brodawki nerwu wzrokowego z obu stron, żółta plamka przybrała barwę niebieskawo—białą z brunatno-czerwonym punkcikiem wielkości prosa po środku. Dziecko na wszelki niespodziewaany dlań krzyk lub hałas reaguje charakterystycznem wzdryganiem się, Prócz tego, dziecko cierpi na charakterystyczne toniczne drgawki i na kurcz głośni. Te ostatnie objawy nie zależą jednak od skazy kurczowej. Mięśnie rąk i nóg są silnie przykurczone, co jest tem bardziej dziwne, że mięśnie tułowia są niezwykle wiotkie i że tułów opada bezsilnie. Chory zmarł z powodu odry. Sekcya stwierdziła rozsiane stwardnienie mózgu. szare zwyrodnienie pnia i brodawki nerwu wzrokowego z obu stron, czarno-brunatną pigmentacyę jamki środkowej i zstępujące zwyrodnienie rdzenia. Autorzy podają dalej bardzo szczegółowe dane, dotyczące wyników anatomiczno-patologicznego badauia mózgu i rdzenia, oraz przytaczają istniejące co do patogenezy danego cierpienia poglądy. Ta część pracy stwierdza prawie zupełny brak osłonek rdzeniowych w całym mózgu. Zjawisko to autorzy tłomaczą z jed-

nej strony zwyrodnieniem powstałych w swoim czasie włókien rdzeniowych (myelinowych), z drugiej zaś strony—pewną nieprawidłowością w tworzeniu się tych włókien. Prawie wszystkie komórki nerwowe, zarówno układu wegetacyjnego, jako też ośrodków psychicznych, są zaokrąglone lub o postaci gruszki i wzkazują wyraźne zwyrodnienie. Włókienek nerwowych (neurofibrille), zarówno jak i włókien osiowych—zupełnie brak. Te ostatnie spotykają sie zaledwie w postaci ułamków. Połączenia z komórkami węzłowatemi są przerwane. Autorzy stwierdzali wszędzie wyraźne zniszczenie substancyi nerwowej (neurophagia), nacieczenie drobno-komórkowe rozszerzonych szczelin chłonnych oraz skrobiowate zwyrodnienie białej substancyi mózgu w okolicy naczyń krwionośnych. *M. Michałowicz.*

C. v P i r q u e t. **Prosta tablica do określania wzrostu i stanu odżywiania dzieci**. (Zeitschrift für Kinderheilk. 1913. Tom VI; zesz. 4; str. 254).

Liczby bezwzględne, przyjęte w celu określenia wzrostu i wagi dziecka w zależności od jego wieku, nie dają dokładnego wyobrażenia o rozwoju fizycznym dziecka. Waga może być n. p. bardzo dużą dla pewnego wieku, gdy tymczasem badany jest w rzeczywistości bardzo mizerny. Spotykamy to u dzieci niezmiernie wysokich. Odwrotnie, waga może wydawać się bardzo małą w porównaniu do przyjętych powszechnie liczb, zaś dziecko w rzeczywistości cierpi na otyłość. Spotykamy to u dzieci nizkiego wzrostu. By uniknąć omyłek, ułożył autor dokładną tablicę wzrostu i wagi dzieci w zależności od wieku. Nadmiar albo brak wzrostu określa się podług tablicy. Co się zaś tyczy wagi, to takowa oblicza się stale w z a l e ż n o ś c i o d w z r o s t u. Znalezione liczby wypisują się według następującego wzoru:

R. Anna $7^1/_2$ lat, 119 cm. (+ 4 cm.); 21, 3 Kg. (—2,1 Kg.). Tablica wydaną została przez firmę J u l i u s z a S p r i n g e r' a w Berlinie. Ostatnimi czasy O d e l g a w Wiedniu ułożył do użytku lekarzy wstęgę, przeznaczoną do mierzenia wzrostu i wagi według powyższej tablicy. (Przyp. Sprawozd.)

M. Michałowicz.

RUCH PEDYATRYCZNY W TOWARZYSTWACH.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie ogólne.

z dnia 2-go grudnia 1913-go roku.

L. Bondy. Pokaz przypadku typowego obrzęku śluzowatego (myxoedema) u 7-letniej dziewczynki (patrz szczegółowy opis w sprawozdaniu z pos. sekcyi ped. z d. 20 listopada r. b.).

Dyskusya.

z dnia 29-go grudnia 1913-go roku.

Lubelski. Pokaz i omówienie przypadku żołądka klepsydrowatego, powstałego na tle wrzodu u 16-letniego chłopca. W przypadku tym wykonano zespolenie kiszkowo-żołądkowe z pomyślnym dla chorego wynikiem.

Posiedzenie trzydzieste ósme pedyatrów.

z dnia 18-go grudnia 1913-go roku.

Po odczytaniu przez sekretarza i przyjęciu przez ogół obecnych protokółu posiedzenia poprzedniego

Kol. S. Serkowski demonstruje nowy gatunek drobnoustrojów, t. zw. „bacillus, s. granulo-bacillus putrificus" (nova species).

Mówca demonstruje preparaty, hodowle oraz zwierzęta szczepione (cystitis, rhinitis, conjunctivitis, infiltratio parenchymatosa corneae). Drobnoustroje te spotykają się w czystej hodowli również u ludzi w przebiegu takich spraw chorobowych, jak: rhinitis haemorrhagica u dzieci, highmoritis, prostatitis, cystitis, i dlatego można

sądzić, że odgrywają rolę czynnika etyologicznego w powstawaniu tych spraw zapalnych. Ponieważ z jednej strony spotykają się one niekiedy w śluzie nosowym i gardzieli (w warunkach patologicznych i normalnych na podobieństwo pneumokoków), z drugiej — zaś pod względem morfologicznym mają wielkie podobieństwo do prątka Löffler'a—mogą więc dać okazyę do poważnych omyłek rozpoznawczych.

Będące w mowie drobnoustroje są nieruchomymi laseczmkami bez zarodników, posiadają na preparatach, przygotowanych bezpośrednio z ropy i w młodych hodowlach — stale typowe ziarnka biegunowe, barwiące się metodą Neisser'a, a w dalszych generacyach postaci kolbowate, pod względem formy, wielkości i ugrupowania niczem nie różniące się od bac. diphtheriae; w hodowlach starszych występują również zjawiska rozczłonkowania laseczników, zbliżające je do postaci b. xerosis lub bact. septatum, względnie do t. zw. b. pseudodiphtheriae lub też „diphtheroid'ów". Barwią się według Gram'a.

Lecz i od wymienionych dopiero co bac. diphtheriae i wszelkich pokrewnych mu gatunków i diphtheroid'ów dane bakterye różnią się zasadniczo: 1) pod względem własności wywoływania spraw ropotwórczych na błonach śluzowych; 2) przy t°—37° rozkładają mocznik i kwasy: moczowy i hippurowy, uwalniając amoniak zarówno z organicznych, jako też nieorganicznych związków, wytwarzając przytem wybitnie zasadowe oddziaływanie; 3) na podłożach cukrowych z wskaźnikami w ciągu pierwszych 15 godzin (np. na pożywce Endo) wytwarzają oddziaływanie słabokwaśne, kolonie przytem zabarwiają się lekko-różowo, i barwa nie zwiększa się w miarę dalszego rozwoju (różniczkowanie od bac. diphtheriae); 4) posiadają własności redukujące przy udziale samych ciał drobnoustrojów, lecz nie przesączów (otrzymanych na drodze przepuszczania przez świece Berkefeld'a). Pod wpływem współżycia z drobnoustrojami nitryfikującymi i wieloma beztlenowcami (np. paraplectium lub clostridium foetidum), własności biologiczne danych drobnoustrojów ulegają osłabieniu; takie współżycie okazuje się obustronnie niekorzystnem.

Szczepiony do jamy otrzewnowej lub podskórnie, granulobacillus nie wywołuje objawów ogólnych lub miejscowych chorobowych; w takich warunkach osłabia zjadliwość równocześnie szczepionego pneumobacillus Friedländer'a), skutek taki dotychczas stwierdził mówca w jednem doświadczeniu w porównaniu do 2 świnek kontrolowych). Hodowle, wtarte do łącznicy, wywołują zapalenie i obrzęk tejże.

Prócz powyższych 4-ch różniczkowych cech zasadniczych, odróżniających granulobacillus od grupy błonicy, Serkowski radzi też do celów rozpoznawczych określanie odczynu podłoża (dotychczas do tego celu stosowano bulion lub wodę mięsną), składającego się z t. zw bezbiałkowego podłoża z dodatkiem 1% mocznika. Pod wpływem drobnoustrojów, rozkładających moczniki, różnice

w mianowaniu N/10 kwasem (wskaźnik—methyl-orange) występują znaczniejsze i wyraźniejsze, niż w dawnych sposobach.

(Streszczenie własne).

W dalszym ciągu porządku dziennego:

Koleż. M. Erlichówna demonstruje preparat gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych (duże owrzodzenie w tchawicy, zmiany gruźlicze w krtani), pochodzący od 11-letniej dziewczynki, zmarłej w szpitalu im. Karola i Maryi. U dziewczynki tej prócz tego stwierdzoną była przez badanie kliniczne i pośmiertne—obecność dużych jam w obu płucach. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względów następujących: 1) jamy w płucach u dzieci zdarzają się względnie rzadko; 2) gruźlica krtani jest zjawiskiem rzadkiem u dzieci, a przynajmniej rzadko bywa stwierdzaną ze względu na utrudnione wziernikowanie krtani oraz rzadkie badanie pośmiertne (w danym przypadku sprawa została rozpoznaną przez kol. J. Pieniążka); 3) zmiany gruźlicze w tchawicy o tak dużej rozległości, jak tu właśnie, stanowią rzadkość nawet u osób dorosłych; 4) na dziesięć dni przed śmiercią wystąpiły objawy zakrzepu prawej kończyny dolnej, co uważano za signum mali ominis.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi:

W sprawie częstości występowania powyższych zmian gruźliczych u dzieci zabierają głos: kol. K. Zieliński, który zaznacza, iż spotykał je nie tak rzadko, oraz koledzy—wiceprezes J. Brudziński, przewodniczący L. Anders i B. Korybut-Daszkiewicz, będący odmiennego zapatrywania na tę kwestyę; wreszcie—koleż. M. Erlichówna, która w uzupełnieniu swego przemówienia przytacza zaczerpnięte z prac F. Hamburger'a dane, wyjaśniające kwestyę powyższą w świetle zależności od wieku dzieci.

Kol. H. Przedpełska demonstruje preparat nowotworu mostu Varol'a, pochodzący od 8-mioletniej dziewczynki ze szpitala im. Karola i Maryi.

Będące w mowie dziecko zostało przyjęte do szpitala w dniu 11-ym listopada 1913 r.; stwierdzono wówczas objawy następujące: ataksyę móżdżkową, silne bóle głowy, lokalizowane przez chorą po lewej stronie czaszki; porażenie niezupełne n. twarzowego i odwodzącego po stronie lewej; niedomykalność powiek (lagophthalmos), brak odruchu z lewej rogówki; oczopląs; znaczne osłabienie słuchu w lewem uchu przy jednoczesnem zniesieniu przewodnictwa kostnego i powietrznego; zmniejszenie czucia cieplnego i dotykowego na lewej stronie. Badanie dalsze stwierdziło obecność obustronnej brodawki zastoinowej, adiadokokinesis kończyny górnej lewej dysmetria cerebellaris lewej kończyny dolnej; brak odruchów kolanowych. Na mocy wyżej podanych objawów ustalono rozpoznanie nowotworu móżdżku (z umiejscowieniem w kącie mostowo-móżdżkowym po stronie lewej). W przebiegu choroby stwierdzono jeszcze nierówność źrenic i objaw Mac-Ewen'a. Ponieważ próby tuberku-

linowe wypadły ujemnie, odrzuconą została możliwość obecności gruzełka, jako najczęściej występującego w tych razach. Obecność gruczołków łokciowych i zęby z półksiężycowem wycięciem (podejrzenie w kierunku t. zw zębów Hutchinson'a) skłoniły do wykonania odczynu Wassermann'a, który dał wynik dodatni. Zastosowano wówczas leczenie swoiste, po którem nastąpiła chwilowa poprawa. Dalszy przebieg choroby był niepomyślny — wystąpiły kurcze toniczne, podwyższenie ciepłoty i wymioty. 12-go zaś grudnia nastąpiła śmierć po kilku dniach względnego polepszenia. Badanie pośmiertne, dokonane przez kol. L. Paszkiewicza, potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne Po otwarciu czaszki znaleziono w kącie mostowo-móżdżkowym z lewej strony — guz wielkości kurzego jaja, zwrócony ku dołowi, ku tyłowi i nazewnątrz, miękki, na przekroju o barwie szaro-różowej, niejednolitej; w środkowej części guza obecne są ogniska szarobiaławe lub też szaro-żółte, wyraźnie odcinające się od ogólnego tła guza; są to, jak wykazało badanie histologiczne, części guza, uległe martwicy lub też nacieczone leukocytami, z jądrami wielopłatowemi. Pozatem znaleziono wodogłowie wewnętrzne, a ze strony narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej zmiany następujące: hyperplasia pulmonum, obfuscatio parenchymatosa musculi cordis; hyperplasia pulpae lienis, hyperaemia pancreatis, hyperaemia et infiltratio partialis hepatis, infiltratio adiposa renum.
(Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Kol. J. Koelichen zaznacza, że dodatni wynik odczynu Wassermann'a w przypadkach nowotworów mózgowych nie należy do rzadkości. Co się tyczy będącego w mowie przypadku, to nie był to typowy nowotwór kąta mostowo-móżdżkowego, gdyż w tych razach najczęściej bywają neurofibromaty, powstające w otoczkach n. słuchowego. Nowotwory te poza objawami t. zw. ogólno-mózgowymi wywołują porażenie n. słuchowego, twarzowego i trójdzielnego i w przypadkach typowych nie dają objawów ściśle móżdżkowych, jak: asynergia, adiadokokinezis i ataksya oraz dysmetrya. W danym więc przypadku obecność tych objawów przemawiała za nowotworem, przechodzącym na móżdżek lub tory móżdżkowe, co też zostało potwierdzone przez sekcyę. (Streszczenie własne).

Wiceprzewodniczący kol. J. Brudziński zwraca uwagę na chwilową poprawę w danym przypadku po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego, niejednokrotnie spostrzeganą przez autorów w przebiegu klinicznym nowotworów mózgowych.

Kol. F. Konopacki na poparcie opinii przedmówcy przytacza obserwacyę własną, dotyczącą osobnika dorosłego.

Kol. K. Jonscher demonstruje preparaty anatomiczne, otrzymane podczas sekcyi zwłok 5-letniej dziewczynki — zmarłej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci, z rozpoznaniem klinicznem „meningitis basilaris tuberculosa". Zwracają tu uwagę zmiany prosówkowe w płucach, śledzionie, wątrobie i nerkach;

najwybitniejsze zmiany gruźlicze znaleziono jednak w mózgu: nie ograniczają się one tutaj wyłącznie do umiejscowienia na oponach mózgowych podstawy i obu półkul, lecz znajdujemy jednocześnie dużą ilość gruzełków w samej tkance mózgowej i na plexus chorioideus komory III-ej. Można więc wobec tego mówić tutaj o meningoencephalilis tuberculosa.

Jednoczesne zajęcie opon mózgowych i samej tkanki mózgowej spotyka się b. rzadko na tym samym preparacie, i to właśnie spowodowało demonstracyę powyższego przypadku.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi:

Kol. L. Paszkiewicz podkreśla rzadkość koincydencyi gruźliczych zmian na oponach mózgowych i w tkance mózgu.

Kol. S. Mierosławski zabiera głos w sprawie długotrwałości zmian gruźliczych w mózgu.

Na poruszoną przez przedmówcę kwestyę udziela wyjaśnień wiceprzew. kol. J. Brudziński.

Następnie dokonano wyborów prezydyum i sekretarza (wybór zastępcy tego ostatniego (Kol. F. Podkóliński zrzekł się mandatu) został odłożony na posiedzenie styczniowe). Większością głosów wybrani zostali: na przewodniczącego—kol. L. Anders, na zastępcę przewodniczącego - kol. J. Brudziński, na sekretarza — kol. S. Łyskawiński (wszyscy trzej ponownie).

Wreszcie, po uchwaleniu wniosku co do prenumeraty abonowanych dotąd przez sekcyę pism pedyatrycznych: „Zeitschrift für Kinderheilkunde i „Archives de médecine des enfants“ na rok 1914, kol. W. Schoenaich wygłosił odczyt na temat: „Śmiertelność w płonicy a wiek dzieci” (praca została wydrukowana w nr. 2 „Przeglądu Pedyatrycznego z r. b.).

W dyskusyi:

Kol. A. Koral zaznacza, że kwestya zależności śmiertelności w płonicy od wieku dziecka względnie rzadko była poruszaną w piśmiennictwie lekarskiem. Mówca narazie przytoczyć może dwie prace autorów francuskich z lat dawniejszych. W pierwszej z nich (Giboux—Thése de Paris 1902 r. — „Płonica w Paryżu w ostatnich 37 latach“) autor dochodzi do wniosku, że śmiertelność w tej chorobie jest największą w pierwszych pięciu latach życia; w drugiej zaś „Płonica w szpitalu Trousseau w 1896 r.“ autor Charpentier podaje dokładne cyfry, z których wynika, że odsetka śmiertelności do 3 lat wynosiła 33%, od 3 zaś do 15 lat—6%.

Dane, zaczerpnięte przez mówcę z materyału szpitala dla dzieci starozakonnych w Warszawie za ostatnie 2 lata (1912, 1913 r.), wykazały, co następuje:

chorych na płonicę w wieku od 2 do 5 lat było 121, zmarło 17=14%
„ „ „ „ „ 5 do 12 „ „ 99, „ 6= 6%

Okazuje stę więc. że w rezultacie mamy tu odsetki śmiertełności, odpowiadające mniej więcej cyfrom, otrzymanym przez prelegenta w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

(Streszczenie własne).

Kol. J. Kramsztyk podnosi doniosłość oświetlenia kwestyi śmiertelności w płonicy z obranego przez prelegenta punktu widzenia, wogóle dotąd uwzględnionego niedostatecznie.

Kol. K. Piotrowski podaje odpowiednie dane statystyczne, dotyczące materyału płoniczego szpitala dla dzieci przy ul Kopernika.

Wiceprzewodniczący kol. J. Brudziński, po omówieniu doniosłości wykazów statystycznych prelegenta, zachęca do opracowania materyału płoniczego w tym samym kierunku i przez inne szpitale, jak również, o ileby to było możliwe, wyzyskania do tego samego celu materyału z praktyki prywatnej.

Kol. M. Roszkowski podkreśla identyczność wyników, zestawienia danych, dotyczących śmiertelności z powodu ospy.

Przewodniczący kol. L. Anders poddaje pod głosowanie wniosek, by została wybraną specyalna komisya, mająca za zadanie ugrupowanie materyału płoniczego z kilku szpitali dziecięcych oraz danych, zaczerpniętych z praktyki prywatnej, i przedstawienie wykazów statystycznych, dotyczących śmiertelności w płonicy w zależności od wieku; — do komisyi proponuje powołać kolegów: W. Schoenaicha i A. Korala.

W sprawie wniosku zabierają głos koledzy: wiceprzew. Brudziński, Roszkowski, Łyskawiński; wniosek zostaje przyjęty jednogłośnie; a wybrani koledzy propozycyę chętnie przyjmują.

Na tem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący *L. Anders*

Sekretarz *S. Łyskawiński.*

Sprawozdanie z działalności naukowej posiedzeń pedyatrów za rok 1913-ty.

W roku sprawozdawczym odbyło się 10 posiedzeń pedyatrów; na posiedzeniu grudniowem r. 1912-go dokonano wyborów do prezydyum na rok sprawozdawczy. Po bezwzględnem zrzeczeniu się mandatów przez kolegów: B. Korybuta Daszkiewicza, J. Kramsztyka i T. Kopcia oraz przyjęciu wniosku co do wybierania na przyszłość przewodniczącego, jego zastępcy oraz sekretarza i jego zastępcy, większością głosów wybrani zostali na przewodniczącego — kol. L. Anders (ponownie), na zastępcę przewodniczącego — kol. J. Brudziński, na sekretarza — kol. S. Ły-

skawiński (ponownie), na jego zastępcę — kol. F. Podkóliński.

W roku sprawozdawczym odbyły się następujące odczyty i demonstracye:

1. Kol. J. Brudziński. W sprawie roli paciorkowców w płonicy i leczenia tejże surowicą przeciwpaciorkowcową.

2. Kol. H. Czarkowski. Przyczynek do stosowania szczepionki przeciwpłoniczej.

3. Kol. W. Sterling i T. Kopeć. Przypadek niedorozwoju móżdżku u 6-letniej dziewczynki (pokaz).

4. Kol. H. Goldszmit. Opis i pokaz planów nowego Domu sierot przy ulicy Krochmalnej № 92.

5. Kol. H. Higier. Pseudotetania hysterica u 17-letniej dziewczyny (pokaz).

6. Kol. H. Higier i D. Nisenson. Pseudotetania organica s. pseudotetanus chronicus u 9-miesięcznego dziecka (pokaz).

7. Kol. J. Brudziński. O utrudnionej ekstubacyi i o urazach intubacyjnych.

8. Kol. Wł. Sawicki i L. Zembrzuski. Przypadek gruźlicy stawów u 4-letniej dziewczynki, przebiegającej początkowo pod postacią ostrego gośćca (pokaz).

9. Kol. S. Mierosławski. Przypadek gruźlicy podniebienia miękkiego, łuków, dna jamy ustnej i gruczołów chłonnych szyjnych u 5-letniej dziewczynki (pokaz).

10. Kol. A. Mamrot. Przypadek moczówki prostej oraz niedorozwój narządów płciowych u 10-letniego chłopca.

11. Dyskusya nad odczytem kol. J. Brudzińskiego: „O utrudnionej ekstubacyi i urazach intubacyjnych“.

12. K. A. Mamrot. Pokaz klisz, dotyczących przypadku, wymienionego w punkcie 10-ym.

13. Kol. L. Stein. Pokaz czterech przypadków grypy o nietypowym przebiegu.

14. Kol. J. Brudziński. Przedstawienie projektu nowego szpitala dla dzieci w Radomiu.

15. Kol. L. Anders. Przypadek guza pozaotrzewnowego, wychodzącego prawdopodobnie z prawej nerki u dziecka w wieku 1 r. 7 mies. (pokaz).

16. Kol. A. Mamrot. Przypadek dystrophiae adiposogenitalis u 16-letniego chłopca (pokaz).

17. Kol. J. Brudziński. O prosówce potnej (t. zw. suette miliaire).

18. Kol. J. Brudziński. Omówienie głównych zasad organizacyi pracy i urządzeń szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci oraz pokaz szpitala.

19. Kol. L. Anders. Pokaz roentgenogramu 4-miesięcznego dziecka z ropniakiem opłucnej, powikłanym odmą.

20. Kol. S. Wielowiejski. Przypadek brodawczaka naczyniowego (naevus vasculosus verrucosus) u 7-letniego chłopca.

21. Kol. T. Jaroszyński. Przypadek atetozy podwójnej (athetose double) u 5-letniego chłopca.

22. Kol. L. Bondy. Przypadek obrzęku śluzowatego u 7-letniej dziewczynki (pokaz).

23. Kol. J. Brudziński. Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci.

24. Kol. S. Serkowski. Granulobacillus putrificus (nova species—pokaz).

25. Koleż. M. Erlichówna. Pokaz preparatu gruźlicy krtani i tchawicy, pochodzącego od 8-letniej dziewczynki, zmarłej w szpitalu im. Karola i Maryi.

26. Koleż. H. Przedpełska. Pokaz preparatu nowotworu mostu Varol'a, pochodzącego od 8-letniej dziewczynki, zmarłej w szpitalu im. Karola i Maryi.

27. Kol. K. Jonscher. Pokaz preparatów mózgu, płuc, wątroby, nerek i kiszek, pochodzących od dziecka 5-letniego, dotkniętego prosówkową postacią gruźlicy (szpital im. Karola i Maryi).

28. Kol. W. Schoenaich. Śmiertelność w płonicy a wiek dzieci.

Średnia frekwencya posiedzeń, zgodnie z książką podpisów, wynosiła 20.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów.

z dnia 13-go grudnia 1913-go roku.

S. Kopczyński i J. Kalinowski. Pokaz przypadku ciężkiego uszkodzenia czaszki (pęknięcie czaszki z otworem wielkości srebrnego rubla z odłamkami kości, ciężkie objawy ogólne) u 16-letniego chłopca, wyleczonego na drodze operacyjnej.

Dyskusya:

Męczkowski i H. Higier. Pokaz przypadku nowotworu móżdżku (wzgl. ciał czworaczych) u 7-letniego chłopca, który od 2 lat miewał częste bóle głowy z wymiotami, od pół roku — utrudniony chód, zwolnioną mowę. Chłopiec przedstawia cały szereg typowych dla powyższego cierpienia objawów klinicznych. Skierowany został do wykonania zabiegu operacyjnego.

Dyskusya, uwzględniająca trudności różniczkowania pomiędzy nowotworem móżdżku i ciał czworaczych.

Posiedzenie oto-laryngologów.

z dnia 18-go grudnia 1913-go roku.

J. Pieniążek (szpit. im. Karola i Maryi). Pokaz: a) dziecka $1^1/_2$-rocznego z rozpoznaniem atresia aditus narium post variolam w następstwie przebytej przed 3 miesiącami ospy —

od 2 tygodni brak możności oddychania przez nos; nozdrza zarośnięte — przepuszczają zaledwie najcieńszą sondę (głębiej obraca się ona swobodniej). Wobec niemożności wykonania operacyi plastycznej—sposobem krwawym ustalono drożność nosa, poczem założono do obu nozdrzy dreniki gumowe o grubych ścianach;

b) obcego ciała (kość), usuniętego z krtani dziecka 8-miesięcznego. Obecność kości w krtani ustalono przy pomocy elektroskopu Kahler'a i szpatla Marschick'a. Kość usunięto przy pomocy kleszczyków;

c) preparatu krtani i tchawicy z owrzodzeniami gruźliczemi u dziecka 11-letniego. Gruźlica krtani została stwierdzona za życia (patrz szczegółowy opis w spraw. z posiedz. sekcyi pedyatr. z d. 18-go grudnia r. b.) Jednocześnie przypomina prelegent przypadek gruźlicy krtani u dziecka — w postaci perichondritis exfoliativa processus vocalis (z Łodzi).

W dyskusyi zabierali głos: Lubliner, Meyerson i Z. Dobrowolski (opis 7-miu przypadków gruźliczych krtani u dzieci).

Szmurło. Omówienie przypadku zupełnego zarośnięcia błoniastego obu nozdrzy tylnych u 7-letniej dziewczynki (brak mowy i słuchu oraz niemożności oddychania nosem od urodzenia); zabieg operacyjny z wynikiem pomyślnym, jednak bez wpływu na poprawę słuchu.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE ŁÓDZKIE.

Posiedzenie z dnia 3-go grudnia 1913-go roku.

M. Cohn. Pokaz 3-miesięcznego dziecka z wynicowaniem pęcherza moczowego (inversio vesicae urinariae).

K. Rieder. Pokaz dziecka rocznego z małogłowiem (microcephalia).

H. Rozenblatówna. Wrażenia, otrzymane przy zwiedzaniu szpitali i lecznic dla chorób dziecięcych w New-Yorku.

Posiedzenie z dnia 17-go grudnia 1913-go roku.

Grosglik. Pokaz 6-letniego chłopca z rodziny gruźliczej z gruźlicą brodawkową skóry lewego pośladka i gruźlicą prosówkową śluzówki warg.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE CZĘSTOCHOWSKIE.

Posiedzenie z dnia 21-go grudnia 1913-go roku.

Szaniawski. Opis przypadku nagłej śmierci chłopca 7-letniego (mors thymica). Zachorował chłopiec nagle po

wieczerzy. Wkrótce wystąpiły objawy obrzęku twarzy, sinicy warg, zapaść; śmierć na-tąpiła w kilka godzin wśród objawow utraty przytomności. W zakończeniu, omawia prelegent poglądy różnych autorów na przyczyny śmierci grasiczej.

Dyskusya.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE LUBELSKIE.

Posiedzenie z dnia 4-go grudnia 1913-go roku.

J. Skibiński i W. Jasiński. Pokaz 13-letniego chłopca, dotkniętego gruźlicą spojówki oka. Jakkolwiek w wydzielinie worka i w cząstkach, otrzymanych za pomocą skrobania, prątków gruźliczych nie znaleziono, owrzodzenia i rozrosty mają typowy wygląd, pozatem—odczyn Pirquet'a wybitny, obrzęk gruczołów pod żuchwą, przetoka gruźlicza w okolicy zewnętrznego przewodu słuchowego.

Autorzy mają zamiar leczyć chorego w szpitalu tuberkuliną.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE KRAKOWSKIE.

Posiedzenie z dnia 3-go grudnia 1913-go roku.

K. Lewkowicz. Pokaz dziewczynki 7-letniej, po operacyi doszczętnej na wyrostku sutkowym i częściach przyległych z powodu zapalenia surowiczego opon mózgowych przy nieznacznem nasileniu objawów usznych i oponowych; trzykrotne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przemawiało za wzmagającą się powoli sprawą zapalną.

S. Łyskawiński.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA PEDYATRYCZNEGO POLSKIEGO.

(za kwiecień i maj r. 1914)

Gazeta Lekarska.

Nr. 14. H. Popielska i H. Szusterówna. Marskość zanikowa wątroby u dzieci na tle zatrucia alkoholem.

Do ambulatoryum szpitala św. Zofii we Lwowie zgłosił się 10-letni chłopiec ze skargami na duszność, osłabienie ogólne i powiększenie brzucha. Z wywiadów okazało się, iż od 2-ch lat dziecko pije codziennie po kieliszku wódki. Podczas badania chorego stwierdzono lekką żółtaczkę, powiększenie szyjnych, pachowych i pachwinowych gruczołów, lekki szmer przy wierzchołku serca, obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Wątroba, nawet po wypuszczeniu płynu, nienamacalna. Śledziona duża, twarda, niebolesna. W moczu—urobilina. Odczyny Pirquet'a i Wassermann'a—ujemne. W surowicy krwi stwierdzono obecność barwników i kwasów żółciowych. Po 10 dniach pobytu w szpitalu nastąpiło zejście śmiertelne dziecka. Obserwacya kliniczna powyższego przypadku skłoniła autorki do rozpoznania marskości wątroby. Badanie pośmiertne wykazało między innemi, iż wątroba jest mała, waży 720 gr.; powierzchnia jej jest gruboziarnista; ponad powierzchnią występują guziki barwy żółtej lub brunatnej; reszta zaś powierzchni jest czerwona; na przekroju również budowa okazała się guzowatą; śledziona jest duża, torebka zaś jej zgrubiała; miąższ przekrwiony, ciemnowiśniowy; dają się zauważyć liczne pasemka łączno-tkankowe. W przewodzie pokarmowym obraz gastroenteritis chronica pigmentosa. Rozpoznanie drobnowidowe ze skrawków wątroby brzmiało: cirrhosis perimono—et perimultolobularis. Opierając się na powyższych danych, autorki twierdzą, iż w danym przypadku miały do czynienia z niewątpliwą zanikową marskością wątroby na tle zatrucia wyskokiem.

A. Gruszkiewicz.

Nr. 16. J. Wimut. Z powodu prac doktorów H. Popielskiej i H. Szustrówny p. t. „Marskość zanikowa wątroby u dzieci na tle zatrucia alkoholem“.

Autor spostrzegał wielokrotnie w południowej części Rosyi nad Dnieprem t. zw. „charłactwo zimnicze“, którego przebieg odpowiadał zespołowi objawów chorobowych, jakie obserwowały w swoim przypadku H. P. i H. Sz. W. zapytuje więc powyższe autorki, czy przeprowadziły u swego pacyenta badania w celu stwierdzenia lub wykluczenia zimnicy. *A. Gruszkiewicz.*

Nr. 22. J. Brudziński. Projekt szpitala dla dzieci w Radomiu.

Autor przedstawia projekt szpitala na 30—50 łóżek, opracowany przezeń wspólnie z architektem C. Domaniewskim. W projekcie tym, uwzględniającym wszelkie wymagania nowoczesnego szpitalnictwa dziecięcego, zwraca uwagę szczególną—oparte na nigdzie dotąd nie uwzględnionych zasadach urządzenie pawilonów ambulatoryjnego i zakaźnego. Urządzenie pierwszego z nich umożliwia zupełną izolacyę chorych przychodzących już nawet przy wejściu do ambulatoryum (chory wpuszczany będzie bezpośrednio z zewnątrz do jednego z sześciu przeznaczonych na ten cel pokoików, z których po zbadaniu: w przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej—będzie wypuszczony tą samą drogą nazewnątrz—do szpitala (na oddział) lub do domu, w przypadku zaś potrzeby pomocy chirurga lub specyalisty—skierowany będzie do poczekalni ogólnej). Pawilon dla chorób zakaźnych, obliczony na 14—16 chorych (po 4 salki z obu stron korytarza środkowego), urządzony będzie w ten sposób, że wejście do każdej salki dla personelu lekarskiego i pielęgniarskiego będzie dostępne od strony korytarza, lecz nie bezpośrednio, a przez pokój kąpielowy i umywalnię; chorzy natomiast wypuszczani będą z zewnątrz przez znajdujący się przy każdej salce przedsionek, komunikujący jednocześnie z ubikacyą, mieszczącą klozet i bru downik, oraz z pokojem kąpielowym. Taki typ urządzenia pawilonu umożliwia umieszczanie w nim chorych z wszelkiemi cierpieniami zakaźnemi, nadającemi się do hospitalizacyi w małych szpitalach dziecięcych, udostępnia dalej w różnych czasach używanie każdej salki po dostatecznem jej odkażeniu dla różnych cierpień zakaźnych, wreszcie w przypadkach szczególnych daje możność przerwania wszelkiej łączności danej salki z pozostałą częścią pawilonu przez skasowanie wejścia z korytarza środkowego. *S. Ł.*

Nr. 22. M. Erlichówna. Rozedma podskórna w przypadku gruźlicy płuc u dziecka.

Jest to szczegółowy opis przebiegu klinicznego oraz wyników badania sekcyjnego w spostrzeganym w szpitalu im. Karola i Maryi przypadku rozedmy podskórnej, powstałej u dziecka 9-letniego z rozległemi zmianami gruźliczemi w płucach w ostatniem stadyum choroby. Po omówieniu warunków powstawania rozedmy podskórnej wogóle oraz w szczególności mechanizmu wytwarzania się jej w gruź-

licy, E. przychodzi do wniosku, że w przytoczonym przez nią przy-przypadku powietrze przypuszczalnie wydostało się do śródpiersia wskutek pęknięcia rozdętych pęcherzyków wsród zrostów płucnych w przedniej części płuca prawego. *S. Ł.*

Nr. 22. L. Karwacki. Próby określania laboratoryjnego zjadliwości krowianki.

Zaznaczywszy we wstępie, że u nas wogóle dotychczas niedostatecznie uwzględniano doniosłość wartości materyału szczepiennego w sprawie oceny wyników szczepienia, (zdaniem autora „nieprzyjęcie się ospy" w przypadkach szczepień powtórnych zależy najczęściej tylko od lichego gatunku krowianki), K. omawia różne metody, przeznaczone do określania wartości ochronnej materyału szczepiennego. Za najlepszą z nich uważa on sposób, podany w r. 1903 przez Guérin'a z Lille, a polegający na szczepieniu królików krowianką rozcieńczoną i określaniu zjadliwości na mocy ilości wykwitów, powstających po szczepieniu. Metodą tą określał autor zjadliwość swoistą krowianek z instytutów warszawskich w kilkudziesięciu przypadkach. Na mocy wyników tych szczepień, w świetle powyższej metody zestawionych z wynikami szczepień materyału zagranicznego, autor wypowiada się niekorzystnie o szczepionkach produkcyi miejscowej i zachęca instytuty nasze do większej dbałości o wartość swoich wyrobów. *S. Ł.*

Nr. 22. E. Tryjarski. Przypadek gruźlicy gardzieli u 5-letniej dziewczynki.

Opis rzadkiego przypadku rozległej gruźlicy gardzieli, spostrzeganego ambulatoryjnie w szpitalu Dz. Jezus u dziecka z objawami gruźliczego schorzenia płuc i gruczołów chłonnych; jakkolwiek ze względu na znaczny ból i ciężki stan chorej badania krtani nie dokonano, autor wobec nieczystego głosu przypuszcza również obecność zmian gruźliczych w tym narządzie. Jako specyalną właściwość gruźlicy gardzieli w wieku dziecięcym, T. podkreśla stwierdzoną tutaj postać prosówkową cierpienia w przeciwstawieniu do nacieczeń i owrzodzeń, rzadziej już guzów, spotykanych zazwyczaj u osobników dorosłych; przypadek został zakończony w 3 tygodnie po badaniu zejściem śmiertelnem (badania pośmiertnego nie było). *S. Ł.*

Medycyna i Kronika Lekarska.

Nr. 15. H. Higier. Przyczynek do rozpoznania różniczkowego rzadkich postaci kurczów tonicznych wieku dziecięcego: tetania neonatorum i pseudotetanus Escherich'a.

Pierwsze z podanych przez autora spostrzeżeń dotyczy 8-tygodniowego oseska, u którego miał miejsce uraz powierzchowny, nie pozostawiający żadnej rany. U chorego rozwinął się stopniowo stan chorobowy o charakterze tężcowym, który rozpoczął się od kończyn dolnych, przechodząc następnie na mięśnie brzucha, klatki piersio-

wej, muskulaturę mimiczną twarzy, oszczędzając prawie zupełnie kończyny górne. Stężenie mięśni, dające od czasu do czasu obostrzenia, przebiegało przy braku wzmożonej pobudliwości mechanicznej mięśni bez objawów Chvostek'a i Trousseau'a. Po 6-ciu tygodniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie chorego. Drugie spostrzeżenie autora dotyczyło 7-miesięcznego chłopca, który po asfiktycznym porodzie z okręceniem pępowiny dookoła szyi prawie od pierwszego dnia życia dotknięty był przykurczeniami mięśni tułowia i twarzy. Do tych objawów przyłączyły się w 3-cim miesiącu życia częste napady eklamptyczne o przeważających cechach tonicznego prostowania się górnych i dolnych kończyn. W przypadku tym nastąpiło zejście śmiertelne. Odsyłając po bliższe szczegóły do samej pracy, ograniczamy się do podania wniosków, jakie wyprowadza autor z powyższych obserwacyi. A więc, zdaniem H., opisane powyżej przypadki przedstawiają albo złagodzoną odmianę tężca prawdziwego albo też rzadką postać tężyczki; tężyczka noworodków zdarza się niewątpliwie w pierwszych dniach życia i to nie wyłącznie u dzieci słabowitych, bądź urodzonych przedwcześnie; dla tężyczki noworodków charakterystyczną jest głównie przewlekła stała sztywność mięśni, do której po upływie tygodni przyłączają się napady o charakterze padaczkowym i osłabienie mięśniowe. *A. Gruszkiewicz.*

Nr. 15. Z. Dobrowolski. Kilka słów o dziedzicznym przymiocie ucha.

W nawiązaniu do opisu spostrzeganego w warszawskim szpitalu dziecięcym przypadku głuchoty nabytej na tle dziedzicznego późnego przymiotu u 7-letniego chłopca (ogłuchł przed 6 miesiącami) autor rozpatruje symptomatologię cierpień usznych na tle będącej w mowie sprawy chorobowej, zmiany anatomiczne ucha wewnętrznego w jej przebiegu, leczenie i rokowanie. *S. Ł.*

Nr. 21. B. Korybut-Daszkiewicz. Z kazuistyki błonicy jamy nosowej u dzieci.

Opis dwu przypadków błonicy nosa, w których rozpoznanie powyższe mogło być ustalone dopiero po zbadaniu bakteryologicznem wydzieliny nosowej pacyentów. *A. Gruszkiewicz.*

Nr. 22. W. Puławski. O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej. (Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej).

Opis dalszych ośmiu przypadków reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej. We wszystkich powyższych przypadkach nie zauważył autor żadnych innych objawów posurowiczych prócz zwykłych, które występowały po pierwotnych zastrzyknięciach surowicy. Co do leczniczego działania i zdrowienia po reinjekcyach, to zarówno w obserwacyach ostatnich, jak i poprzednich, nie spostrzegał autor żadnej wybitnej różnicy w porównaniu z injekcyami pierwotnemi; odnosił jednak stale to wrażenie, jakoby pacyenci przychodzili do zdrowia nieco prędzej dzięki szybszemu ustępowaniu wraz z potami stanu gorączkowego oraz szybciej odbywającemu się rozwojowi

wstecznemu zmian chorobowych w gardzieli lub krtani. Przypadków śmierci wśród dzieci, reinjekowanych z powodu ponownej błonicy, autor nie obserwował. Za biologiczną przyczynę łagodniejszego przebiegu choroby uważa autor przypuszczalne łatwiejsze wytwarzanie się w ustroju przeciwciał ochronnych wogóle oraz w szczególności swoistych przeciwbłoniczych antytoksyn — pod wpływem przystosowania się komórek ustrojowych do tej czynności dzięki uprzednio przebytej walce z błonicą. Mimo to usposobienie indywidualne każdego chorego niewątpliwie również odgrywało wielką rolę w przebiegu choroby.

W końcu autor przytacza wyniki prac licznych autorów w sprawie injekcyi surowicy przeciwbłoniczej oraz podaje opis techniki, jaką osobiście stosował. Obszerniejsza praca w tej dziedzinie tegoż autora jest w druku. *A. Gruszkiewicz.*

Zdrowie.

Nr. 5. B. Korybut-Daszkiewicz. O Sopotach, jako uzdrowisku nadmorskiem i jego okolicy uwag kilka.

Po przytoczeniu danych historycznych, odmawiających słuszności poglądom, zaliczającym Sopoty do t. zw. „badów" niemieckich, oraz po rozpatrzeniu właściwości klimatycznych tej miejscowości, autor przychodzi do wniosku następującego: bez względu na pewne wady, posiadają Sopoty bezsprzecznie tyle zalet, jako uzdrowisko-letnisko nadmorskie z klimatem łagodnym, bardzo dobre dla dzieci wątłych, limfatycznych, że zasługują w zupełności — naturalnie, przy uwzględnieniu odpowiednich wskazań—na poparcie ze strony ogółu lekarzy polskich, przez wzgląd zwłaszcza na ich przeszłość historyczną. *S. Ł.*

Lekarz Wileński.

Nr. 4. A. Oszacki. Krótki zarys poglądów na białkomocz ortostatyczny.

Streszczenie zbiorowe. *A. G.*

Przegląd Lekarski.

Nr. 16 i 17. S. Skalski. Ospa w Łodzi w r. 1913.

Jest to trzecie sprawozdanie roczne z przebiegu ospy w Łodzi. Autor z zadowoleniem podkreśla fakt stałego zmniejszania się śmiertelności w Łodzi z powodu tego cierpienia (r. 1911 dał 1308 zgonów, 1912 — 587, 1913 — tylko 210); w zjawisku tem upatruje on dowód większego zrozumienia celowości szczepień ochronnych przez ludność i konieczności akcyi w tym kierunku—przez władze. Mimo to jednak dotychczasowe środki walki z ospą w tem mieście, jak zresztą z chorobami zakaźnemi wogóle autor uważa za nader niedostateczne i wobec istnienia jeszcze wielu ognisk ospowych — nawołuje do walki, żądając od władz ułatwienia jej na drodze zadość-

uczynienia odpowiednim postulatom, opracowanym przez Łódzkie Tow. lekarskie jeszcze w r. 1912; z pośród nich uważa on za najniezbędniejsze: przedewszystkiem przywrócenie nieprawnie zniesionej regestracyi zgonów, pomnożenie liczby stacyi szczepień krowianki w okolicach podmiejskich, wzniesienie domów izolacyjnych oraz przyśpieszenie budowy szpitala miejskiego dla chorych zakaźnych. W zakończeniu nie strudzony bojownik tej sprawy odwołuje się do ogółu lekarzy z prośbą o popieranie jej wśród pacyentów.

S. Ł.

Nr.Nr. 19 i 20. Prof. K. Lewkowicz. Zaburzenia odżywiania u niemowląt.

Wykład kliniczny. *A. G.*

Nr. 21. H. Przedpełska. Przypadek ostrego zapalenia błoniczego płuc u dziecka.

Opis przebiegu ostrego zapalenia błoniczego płuc, spostrzeganego przez autorkę u 3-letniego dziecka w szpitalu im. Karola i Maryi w Warszawie. *A. Gruszkiewicz.*

Lwowski Tygodnik Lekarski.

Nr. 16 i 67. H. Szusterówna. Przyczynek do kazuistyki guzów okolicy krzyżowej, t. zw. guzów sakralnych.

Opis torbieli (wielkości głowy jednorocznego dziecka), spostrzeganej w okolicy kości krzyżowej u jednorocznej dziewczynki na oddziale chirurgicznym szpitalika Ś-tej Zofii we Lwowie (guz ten usunięto na drodze operacyjnej; dziecko zmarło w kilka godzin po zabiegu). Na zasadzie wyników bardzo dokładnie opisanego badania histologicznego autorka zalicza guz powyższy do grupy potworniaków, zbudowanych z tkanek pochodzenia ekto-i mesodermalnego; co się tyczy guza drugiego, wyrastającego z wewnętrznej powierzchni torbieli i wpuklającego się do jej jamy, to, jakkolwiek budową swą przypomina on w zarysach ogólnych mózg, jednak autorka nie stwierdziła danych, upoważniających do przyjęcia go za rzeczywisty narząd, jest to więc, jej zdaniem, tkanka nerwowa, nieprawidłowo bujająca w rozmaitych okresach różnicowania. *S. Ł.*

Nowiny Lekarskie.

Nr. 5. M. Erlichówna. Z kazuistyki gruźlicy dziecięcej.

Autorka podaje opis przebiegu klinicznego wraz z podaniem wyników badania pośmiertnego w przypadku gruźlicy u 11-letniej dziewczynki, spostrzeganym w szpitalu im. Karola i Maryi. Na uwagę zasługują: stwierdzona klinicznie i sekcyjnie obecność dużych jam gruźliczych w płucach; zmiany gruźlicze w krtani (rozpoznane za życia) i w tchawicy; wreszcie, wytworzenie się zakrzepu w prawej żyle udowej (wskutek uszkodzenia ścian naczyń przez jad gruźliczy). *S. Ł.*

WIADOMOŚCI LECZNICZE I WIADOMOŚCI DROBNE.

═══ W. Boxwell (British Journal of. Children's Diseases. Tom. XI, zeszyt czerwcowy 1914, str. 273 i Dubl. Journ. Med. Sci. 1913, II, str. 212) podaje przypadek gruzełka w móżdżku u 10-letniego chłopca, u którego przez czas dłuższy stwierdzano tylko bóle głowy, wymioty i zaburzenia wzroku, wszystko to z przerwami. W przeciągu 3 tygodni sprawa szybko postępowała: drgawki, głuchota lewego ucha, zmiany na dnie lewego oka, adiadokokinesis lewej ręki. Badanie pośmiertne wykazało dużych rozmiarów gruzełek, odosobniony w lewym płacie móżdżku, z odsunięciem prawego płata ku prawej stronie. W innych narządach nie stwierdzono zmian gruźliczych. Ojciec dziecka umarł na gruźlicę płuc. *Br.*

═══ C. Achard i F. Saint-Girons. (Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. de Paris, 1913. XXXVI, str. 298) opisuje rozwój pierwszych objawów obrzęku śluzowatego u chłopca 12-letniego po ciężkiej odrze z drgawkami. Sprawa postępowała powoli. Pewne polepszenie uzyskano po podawaniu tyreoidyny. U tego samego osobnika dur brzuszny—w 30-tym roku życia nie wywarł wpływu na tę sprawę, zejście śmiertelne w 40-tym roku życia przy objawach postępującego wyniszczenia. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono zupełny brak gruczołu tarczowego, znaleziono tylko gruczoł przytarczycowy normalny. *Br.*

═══ Paderstein (Ophtalm. Review. 1913. XXXII, str. 323 i Brit. Journ. of Children's Dis. T. XI, str. 278) spostrzegał w rodzinie, składającej się z 5 osób,— wybitną różnicę źrenic u matki i dziewczynek 14 i 9-letniej; ojciec i 11-letnia dziewczynka wykazywali nieznaczną różnicę. Ojciec przechodził przymiot, ale żadnych zmian chorobowych ani u niego, ani u innych osób nie stwierdzono. Siostrzeniec matki wykazywał tę samą nieprawidłowość. *Br.*

═══ H. T. Ashby (Med. Chronicle, 1913, XXVI, str. 113 i Brit. Journ. of Children's Dis. T. XI, str. 279) obserwował dziewczynkę 12-letnią z rozwiniętymi objawami choroby Basedow'a: tętno bardzo szybkie, niekiedy niezliczalne, wybitny exophthalmus i drże-

nie rąk, gruczoł tarczowy znacznie powiększony, twardy. Objawy rozpoczęły się jakoby przed czterema tygodniami i szybko się pogarszały, wraz z pogorszeniem stanu ogólnego (znaczna utrata wagi). Zaczęto podawać Thyroidectin 0,3—3 razy dziennie i uzyskano trwałą poprawę. *Br.*

═══ Parker (Amer. Journ. Dis. Childr. 1913, V, str. 89 i Brit. Journ. Childr. Dis. T. XI, str. 284) przytacza wyniki thymectomii w 50 przypadkach, uważając za wskazanie trzy objawy: stridor, duszność stałą i napady zaduszania się po skontrolowaniu bronchoskopem. Na 50 przypadków w 17-tu—zejście śmiertelne, z tych w 4 niezależnie od operacyi. W jednym przypadku nie było zejścia śmiertelnego bezpośrednio po operacyi. *Br.*

═══ Cannata spostrzegał 88 przypadków ropnego zapalenia opłucnej w klinice dziecięcej w Palermo. Okazało się, że sprawy te spotykają się najczęściej w 1-wszym i 2-gim roku życia, przyczem częściej u chłopców, niż u dziewczynek, w większości zaś przypadków — jako powikłanie włóknikowego zapalenia płuc. Ropa zawierała w 62% przypadków pneumokoki Fränkla, w 21% — paciorkowce, w pozostałych przypadkach—gronkowce lub drobnoustroje zakażenia mieszanego; 9 razy tylko ropa była jałowa. Objawy kliniczne pozwalały często na ustalenie rozpoznania przed wykonaniem nakłucia próbnego. Często bardzo stwierdzał autor, nawet u osesków—zniesienie drżenia głosowego; trójkąt Grocco występował tylko w dużych wysiękach. Przestrzeń Traube'go była zajęta względnie rzadko. Zupełne zniesienie oddechu stwierdzał autor względnie rzadko; najczęściej oddech bywał osłabiony — nierzadko miał charakter oskrzelowy. Leczenie operacyjne, polegające na wycięciu żeber, stosował tylko w przypadkach ciężkich, z dużą ilością ropy. W przypadkach lżejszych, zwłaszcza tam, gdzie ropienie zależało od zakażenia pneumokokami, zdarzało się często, że wysięk wchłaniał się zupełnie samoistnie. (La Pediatria, Nr 12, 1913). *M. E.*

═══ Zamiast zwykłych środków, stosowanych przeciw świerzbie, Klotz zaleca preparat wyrobu fabryki w Elberfeldzie—ristinę, ester kwasu benzoesowego i glykolu etylenowego. Środek ten ma te zalety, że jest przezroczysty, bez zapachu, nie lepi się i nie brudzi bielizny. Według słów autora, nigdy on nie zawodzi. Jest to jednak środek bardzo drogi — flaszeczka (75 gr.) kosztuje 5½ marek. Stosować środek należy w sposób następujący: po usunięciu strupów w kąpieli wciera się, najlepiej ręką, 50 gr. ristiny w skórę od stóp do głów; wcieranie powtarza się w przeciągu 3 wieczorów, potem następuje kąpiel, zmiana bielizny, dezynfekcya ubrania.

═══ Klotz opisuje przypadek łuszczycy u 10-letniej dziewczynki, u której zarówno odczyn skórny Pirquet'a, jak i podskórny z zastosowaniem alttuberkuliny, wstrzykniętej pierwszy raz w ilości 0,001 gr., drugi raz 0,01 gr., wypadły ujemnie. Przypadek ten przeczy poglądom Menzer'a, jakoby łuszczyca powstawała na gruncie ukrytej gruźlicy. *F.*

═══ Cockayne E. A. (British Journal of Children's Diseases, Nr. 12, 1913) spostrzegał kilka przypadków krztuśca u niemowląt. Rozpoznanie cierpienia w takich przypadkach nie jest łatwe, gdyż napady nie mają typowego charakteru. Zakażenie pochodzi zwykle od matki; w jednym z przypadków niewątpliwie cierpienie to było wrodzone, gdyż matka przeszła krztusiec w ostatnich miesiącach ciąży, dziecko zaś dostało typowych napadów zaraz po urodzeniu.

M. E.

═══ G. Segre (Pediatria, nr. 2, 1914) opisuje przypadek niezwykłego powikłania po zaszczepieniu ospy u dziewczynki gruźliczej, u której ospa przyjęła się normalnie; na miejscu szczepienia wytworzył się guz, który w przeciągu 2 miesięcy wyrósł do wielkości 2×2,7 cm. Guz miał charakter włókniaka, bez odczynu zapalnego, co potwierdziło badanie histologiczne. Autor sądzi, że guz ten powstał pod wpływem urazu oraz jadów, krążących w ustroju osobnika gruźliczego. Dotychczas w podobnych przypadkach opisywano tylko powstawanie keloidów oraz ziarniniaków. *M. E.*

═══ R. E. Szwejcer (Pedyatrya ros. Tom VI, nr. 2, 1914) stosował w przypadkach intoksykacyi i dekompozycyi — larosan lub też mleko białkowo-śmietankowe Feer'a (to ostatnie w przypadkach dekompozycyi). Zdaniem autora, larosan jest doskonałym środkiem leczniczym w przypadkach zatrucia, jeżeli zatrucie to nie jest daleko posunięte; nie nadaje się zaś larosan do dłuższego stosowania, gdyż już po 10 dniach dają się zauważyć—zatrzymanie się wagi dziecka oraz nieprawidłowe stolce; w tych razach autor radzi stosować mleko białkowo-śmietankowe, gdyż to ostatnie posiada więcej tłuszczu, niż larosan, i różni się od niego pod względem ilości oraz stosunku zawartych w nim soli (w larosanie jest więcej soli wapna, mniej zaś soli sodu).

Co się zaś tyczy mleka białkowo-śmietankowego Feer'a, posiada ono własności lecznicze w przypadkach dekompozycyi; doskonałe też wyniki daje po dłuższem stosowaniu; daje się przytem zauważyć równomierny przyrost wagi, brak znacznych wahań w zachowaniu się ciepłoty ciała oraz doskonałe samopoczucie dzieci.

R. S.

═══ Carl (Lyon méd. 1914, Nr. 10) dochodzi do wniosku, że rumień guzowaty (Erythema nodosum) nie jest odrębną postacią chorobową, lecz jest tylko wyrazem zakażenia ogólnego Przedewszystkiem wchodzi w grę tutaj gruźlica. *R. S*

═══ Na posiedzeniu sekcyi pedyatrycznej w Berlinie z dn. 9/III r. b. A. Czerny mówił o patogenezie t. zw. zapalenia płuc przykręgowego (pneumonia paravertebralis) u dzieci. Omawiając powyższe cierpienie, mówca zaznaczył, że znajduje się ono w ścisłym związku z przekrwieniem dolnych płatów płuc; w szczególności zaś spotyka się często u osesków. Obecnie spostrzegamy je rzadziej dzięki ulepszonej technice odżywiania niemowląt. Ogniskowe zapalenie płuc w okolicy przykręgowej powstaje na tle przekrwienia

dolnych płatów płuc. Wielką rolę odgrywa przytem przepona brzuszna, reguluje bowiem ciśnienie krwi w jamie brzusznej; z chwilą zmniejszenia się ciśnienia w jamie brzusznej następuje przekrwienie płuc w dolnych płatach, na którego tle powstaje zrazikowe zapalenie płuc. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, str. 622. 1914).

R. S.

═══ S t o l t e i H i l l i g e r (na posiedzeniu lekarzy szpital. C h a r i t é w Berlinie), omawiając kwestyę patogenezy wymiotów okresowych u dzieci, zwracają uwagę na zawiłą dotychczas etyologię danego cierpienia, która ostatecznie dotąd nie jest jeszcze wyświetloną. Mianowicie, mamy tu do czynienia z wymiotami okresowemi u dzieci, związanemi z acetonemią, powtarzającemi się od czasu do czasu bez wyraźnych przyczyn, mogących je spowodować. W większości przypadków podlegają powyższemu cierpieniu dzieci w okresie od 3-ch do 7-miu lat, przyczem w obrazie klinicznym brak jakichkolwiek zmian, świadczących o cierpieniu żołądka i jelit, tak że istotnie nie można ustalić przyczyny tych wymiotów. Po paru dniach, niezależnie od leczenia, wymioty ustępują same przez się, i dziecko wraca do zupełnego zdrowia Podczas przebiegu omawianego cierpienia obficie wydziela się aceton i kwas aceto-octowy w moczu, lekarza zaś uderza silny zapach acetonu z jamy ustnej chorego. Powyższy obraz chorobowy spotykamy u dzieci w przypadkach długotrwałego wyniszczenia i w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (płonicy, błonicy, w ciężkich postaciach zapalenia gardła); z badań L. F. M e y e r'a i L a n g s t e i n'a wiadomo, że dziecko w stanie wyniszczenia i przy wysokiej ciepłocie potrafi wydzielić do 188 mg. acetonu w przeciągu doby.

Analogiczny obraz (wymioty okresowe z acetonemią) spotykamy w cukrzycy: nadmiar białka i tłuszczu w końcu wywołuje acetonemię, przy jednoczesnem pozbawieniu zupełnem ustroju węglowodanów. Na mocy analogii z cukrzycą, autorzy dochodzą do wniosku, że przyczyną wymiotów okresowych u dzieci jest zbytni dowóz białka, w szczególności tłuszczu. Przedsięwzięte badania w tym kierunku nad dziećmi dały dodatnie wyniki: po podawaniu tłuszczu i białka (bez węglowodanów) otrzymali oni objawy wymiotów okresowych z acetonemią. Na wysokości objawów zaczęli autorzy podawać duże ilości węglowodanów (bez białka i tłuszczu), dzięki czemu okres trwania wymiotów z acetonemią był znacznie krótszy; podając w dalszym ciągu tylko węglowodany, po upływie pewnego czasu wywołali znowu wymioty z acetonemią. Fakt, że węglowodany w danym przypadku wywołały objawy ujemne, objaśnia się przekroczeniem granicy toleracyi: normalny ustrój przyswaja tylko tyle węglowodanów, ile zdolny jest zasymilować; nadmierna ilość węglowodanów nie jest czynnikiem obojętnym dla ustroju.

Co zaś stanowi pierwotną przyczynę będącego w mowie cierpienia, autorzy ostatecznie nie wypowiadają się, aczkolwiek wielką

wagę przywiązują do pozbawienia ustroju węglowodanów, nie wykluczając i wpływów o charakterze nerwowym.

R. Stankiewicz.

(Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 6, 1914, str. 278).

═══ Mensi (La Pediatria, Nr. 12, 1913) twierdzi, że nie dowiedziony jest związek przyczynowy między obecnością gruczołków łokciowych a przymiotem dziedzicznym, względnie gruźlicą lub krzywicą. Są one prawdopodobnie jednym z objawów t. zw. limfatyzmu Heubner'a lub skazy wysiękowej Czernego, mającym takie samo znaczenie, jakie mają inne przerosty w wieku późniejszym. (Drüsenkinder). *M. E.*

═══ Cantilena (La Pedatria, Nr. 5, 1913), miał doskonałe wyniki leczenia gruźliczego otrzewnej, za pomocą intensywnego naświetlania brzucha promieniami słonecznymi.

M. E.

IODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIEM STOWARZYSZENIU LEKARZY oświadcza na podstawie badań chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPIŃSKIEGO jest organicznem połączeniem jodu w postaci płynnej, zawierającej 4,7 % czystego jodu. Przetwór ten miesza się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku, może być stosowany w dawkach od 10-100 kropel trzy razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 - 4 dni

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji Przemysłowo Lekarskiej

Sekretarz

JODOROL jest organicznem połączeniem jodu w postaci płynnej.

JODOROL przyswaja się szybko, **niewywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem** (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3—4 dni. Może być stosowany od 10—100 kropel 3 razy dziennie.

Cena flakonu rb. 1 kop. 20.

Tow. Akc. „Franciszek Karpiński w Warszawie,

ul. Elektoralna 35.

Obok zamieszczamy ocenę JODOROLU przez Komisyę Przemysłowo-lekarską przy Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy.

MIEJSCE

WOLNE

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Komitet gospodarczy II Zjazdu internistów polskich we Lwowie zawiadamia, że Zjazd ten odbędzie się w dniach 21 i 22 lipca b. r.

Termin ten Zjazdu ułatwi Kolegom internistom wzięcie udziału w I Zjeździe higienistów polskich, który obradować będzie we Lwowie od 19 i 22 lipca b. r. włącznie. Nadmieniamy, że po porozumieniu się z Komitetem gospodarczym Zjazdu higienistów program obrad w Zjeździe higienicznym będzie tak ułożony, że w dn. 19 i 20 lipca wejdą na porządek dzienny tematy, obchodzące przeważnie lekarzy, wycieczki zaś rozpoczną się już po ukończeniu równoczesnem obudwu Zjazdów. Program szczegółowy Zjazdu internistów będzie wkrótce ogłoszony.

Na II Zjazd internistów we Lwowie ogłoszono w dalszym ciągu wykłady (p. zeszyt poprzedni).

22) O dotąd nie spostrzeganych objawach zarośnięcia worka osierdziowego.

23) O leczeniu zapalenia opłucnej.

24) Studya elektrokardiograficzne, kol. doc. Latkowski (Kraków).

25) O sztucznej odmie piersiowej, kol. Latkowski i kol. Bobak (Kraków).

26) W sprawie cholesterynemii.

27) Obecność prątków gruźliczych we krwi w początkowym okresie gruźlicy, jako też u klinicznie pod względem suchot zdrowych.

28) Kliniczne znaczenie siły tonów serca, oznaczanych zapomocą różniczkowej słuchawki Bock'a.

29) Anatomiczne i czynnościowe zmiany wątroby u chorych na gruźlicę płuc, kol. prof. W. Orłowski (Kazań).

30) Tyreoza i zakażenie gruźlicze, kol. Fr. Białokur (Jałta—Krym).

31) Aortitis syphilitica w świetle cyfr, kol. Pisek (Lwów).

32) Dzieje leczenia korą chinową w Polsce, kol. Grossek (Lwów).

33) O wpływie soli gorzkich w szczególności soli morszyńskiej na przemianę materyi, kol. S k ó r c z e w s k i (Krynica).

34) Doświadczenia ze szczepionkami F r i e d m a n n'a, wykonane w klinice lekarskiej, kol. Z. W a c h t e l.

35) Moczówka cukrowa a gruczoły wewnętrznego wydzielania na podstawie własnych spostrzeżeń, kol doc. H o r n o w s k i (Lwów).

36) O stosunkach serca do przepony i o ich znaczeniu klinicznem, kol. S a b a t (Lwów).

37) O roentgenoterapii w medycynie wewnętrznej, kol. S a b a t (Lwów).

38) Pokaz przezroczy roentgenowskich, kol. S a b a t (Lwów).

39) O wpływie odmy opłucnej sztucznej na serce, kol. S a b a t i S z c z e p a ń s k i (Lwów).

40) Interpositio coli hepatodiaphragmatica intermittens, kol. S a b a t i S z c z e p a ń s k i (Lwów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Lwowskiego:

41) Badania kliniczne i doświadczalne nad krzepliwością krwi przy schorzeniach płuc i wątroby, kol. C z u b a l s k i i S a b a t o w s k i.

42) O wartości praktycznej kolorymetru A u t e n r i e t h'a-K ö n i g s b e r g e r'a dla celów klinicznych, kol. E l e k t o r o w i c z jun.

43) O zachowaniu się narządów o t. zw. wewnętrznem wydzielaniu w okresie miesiączkowym, kol. doc. F r a n k e.

44) Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na krążenie i oddychanie. kol. doc F r a n k e i Ł a b a.

45) O podłożu anatomicznem rysunku wnękowego płuca prawidłowego w obrazie roentgenologicznym (z pokazami), kol. P a ń c z y s z y n.

46) Wpływ leczniczy promieni R o e n t g e n'a na twardziel (scleroma) dróg oddechowych (z pokazami), kol. P a ń c z y s z y n i L e h m.

47) O zależności kwaśności moczu od wegetatywnego układu nerwowego, kol. S o c h a ń s k i.

48) Dalsze badania nad wydzielaniem kwasu szczawiowego z ustroju ludzkiego, kol. W ę g r z y n o w s k i.

49) Uwagi anatomiczne, anatomopatologiczne i kliniczne nad wrzodem dwunastnicy, kol. prof. A. G l u z i ń s k i.

50) Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą badania chorób żołądka z uwzględnieniem modyfikacyi K o c h e r'a, kol. prof. A. G l u z i ń s k i.

51) Obraz kliniczny cukromoczu nerkowego, kol. R e i c h e n s t e i n.

52) Myelosis aleukaemica i subleukaemica, kol. R e i c h e n s t e i n.

53) O cukromoczu i zależności cholesteryny we krwi (cholesterinaemia) u ciężarnych i w pewnych przypadkach chorobowych, kol. S o h n.

54) Cholesterinaemia a nadnercze, kol. Tomaszewski.

55) Zachowanie się cukromoczu pokarmowego u człowieka zależnie od czasu wprowadzenia adrenaliny do ustroju, kol. Tomaszewski.

56) Zmiany histologiczne w płucu zwierząt pod wpływem sztucznej odmy piersiowej, kol. Tomaszewski.

57) Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego pod wpływem dyety owsianej i głodówki, kol. Węgrzynowski.

58) Demonstracye przypadków i obrazów roentgenologicznych: a) rodziny achondroplastów, b) rheumatismus articulorum infantum i wpływu jego na rozwój ustroju, c) przypadku otyłości typu Fröhlich'a, spostrzeganego przez szereg lat, d) exsudatum parapericardiacum (roentgenogramy), f) Morbus Barlowi (roentgenogramy), kol. prof. Gluziński, doc. Orzechowski, Pańczyszyn.

59) Leczenie benzolem spraw białaczkowych i granulomatycznych, kol. S. Klein (Warszawa).

60) Temat zastrzeżony, kol. J. Pawiński (Warszawa).

61) Rozszczepienie klatki piersiowej boczne (thoracoschisis lateralis) i patogeneza tego zniekształtnienia, kol. S. Pechkranc Warszawa).

62) Wrzód dwunastnicy w świetle badań promieniami Roentgen'a, kol. T. Skabowski (Warszawa).

63) Wpływy termiczne na wywoływanie zapaleń płucnych: badania doświadczalne, kol. W. Jezierski (Poznań).

64) O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o znaczeniu leczniczem tego zabiegu, kol. Ostrowski (Lwów).

65) Zapatrywania Rejchman'a i Straus'a na zaparcie stolca, kol. Askenazy (Krynica).

66) Badania kliniczne nad durem brzusznym w czasie epidemii w r. 1911—12, kol. W. Ziembicki (Lwów).

67) Stosowanie emetyny w krwotokach płucnych, kol. W. Ziembicki.

68) Doświadczalne badania nad emetyną, kol. W. Ziembicki.

69) Statystyka oddziału wewn. II, szpitala powszechnego we Lwowie z ostatnich lat 4 (1910—1913), kol. W. Ziembicki.

70) O kile płucnej na podstawie materyału szpit. powszechnego, kol. W. Ziembicki i Schusterówna.

71) O przewlekłej postaci żółtego zaniku wątroby, kol. Mund (Lwów).

72) O odczynie Moritz'a-Weiss'a, kol. Geboth (Lwów).

73) Pieczenie na języku jako ważny objaw niedokrwistości złośliwej, kol. N. Schneider (Lwów).

74) O chorobach kesonowych, kol. Huszcza (Petersburg).

75) Etyologiczne znaczenie beztlenowców w patologii wewnętrznej, kol. W. Szczawińska (Warszawa).

76) Kilka słów o wartości badania zgłębnikiem stanu żołądka na czczo; przyczynek do rozpoznawania raka żołądka, kol. Wejnert (Warszawa).

77) O mojej elastycznej neo-perkusyi, kol. Sędzimir (Wilamowice).

Komitet zjazdowy uprasza o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki pod adresem: prof. Dr. R. Renck i, Lwów, Romanowicz 3.

Urozmaicony i nader pouczający program Zjazdu mówi sam za siebie; bardzo dużo tematów ciekawych znajdą i nasi pedyatrzy, szkoda tylko, że Zjazdy internistów nie są wspólne z pedyatrami; na razie wobec niższego poziomu pedyatryi u nas, pedyatrya zasilałaby się więciej od starszej siostrzycy, ale może i ze swej strony dorzuciłaby niejedno oświetlenie poruszanych spraw, odmienne w zależności od właściwości organizmu dziecka, powoli jednak udział pedyatrów mógłby się znacznie rozszerzać. Już na I Zjeździe internistów w Krakowie sprawa przemianowania Zjazdów na „Zjazdy internistów i pedyatrów" była poruszana, poruszamy ją przed zjazdem obecnym w nadziei, że Komitet Zjazdu rozważy tę sprawę i może już III Zjazd nosić będzie nietylko powyższe miano, ale i zaznaczy się udziałem pedyatrów jako prelegentów.

Obecnemu Zjazdowi życzymy pełni powodzenia z korzyścią dla uczestników i dla nauki polskiej.

II Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie uwieńczony został pełnią powodzenia zarówno co do liczby uczestników (300), jak i co do wartości i bogactwa odczytów. Ożywioną dyskusyę wywołały odczyty: S. Sterlinga (Łódź) p. t.: „Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc"? i K. Rozenfelda (Częstochowa) „O przewlekłych stanach gorączkowych pochodzenia migdałowego i gruczołowego".

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci.

W okresie czasu od 5.IV do 16.V r. b. przyjęto do szpitala 55 przypadków: płonicy—18†1, błonicy —7, odry—3, krztuśca—2, duru brzusznego—5, gruźlicy płuc—15, gruźliczego zapalenia opon mózgowych—5†3. Do ambulatoryum szpitalnego w tym samym czasie zgłosiło się 41 przypadków: ospy wietrznej—2, płonicy—1, błonicy 3, odry —5, krztuśca—30. *S. Ł.*

Przypominamy Szan. Kolegom, że w końcu września r. 1915 odbędzie się w Brukseli II Międzynarodowy Zjazd Pedyatrów. Sekcya polska na I zjeździe w Paryżu była zorganizowana, członkowie sekcyi w liczbie 33 wnieśli składki za rok 1912 do kasy Zjazdu, 10 członków brało udział w obradach zjazdu. — Warunki należenia do Stowarzyszenia międzynarodowego Pedyatrów, z którego się wyłaniają Zjazdy, organizowane co trzy lata, są następujące: Stowarzyszeni dzieli się na sekcye narodowe, członków przyjmuje samodzielnie każda sekcya, członkowie wnoszą do kasy sekcyi corocznie 10 fr. (4 rb.), fundusze te z potrąceniem 20% na wydatki sekcyi, składa się skarbnikowi każdorazowego zjazdu, to znaczy 30 franków. Członkowie Zjazdu, nie zapisani do sekcyi narodowej, podlegają przyjęciu

przez Komitet międzynarodowy Zjazdu i wpłacają do kasy taką samą kwotę 30 fr. za uczestnictwo w Zjeździe.

Członkowie sekcyi polskiej winni wnieść składki po 4 rb. za rok 1913, 1914 i 15.

Każda sekcya narodowa posiada swego Prezesa, sekretarza generalnego i skarbnika.

Dotychczas w sekcyi polskiej sprawa ta nie jest oficyalnie załatwioną, wyborów nie dokonano. Upoważniono tylko dwóch delegatów: kol. prof. Raczyńskiego i kol. J. Brudzińskiego do udziału w posiedzeniach komitetu międzynarodowego podczas zjazdu. Wobec wezwania ze strony prezydyum Zjazdu o podadanie nazwiska prezesa i sekretarza generalnego, delegaci polscy podzielili sami pomiędzy siebie te stanowiska po starszeństwie — obowiązki przewodniczącego Sekcyi polskiej objął kol. prof. Jan Raczyński, obowiązki sekretarza generalnego — kol. J. Brudziński, obaj pełnili jednocześnie obowiązki skarbników dzielnicowych. Obecnie, ponieważ znaczna większość członków sekcyi polskiej należy do grona współwydawców „Przeglądu Pedyatrycznego“, na posiedzeniu wydawców uchwalono na wniosek kol. Brudzińskiego przekazać część administracyjną wydawcy naszego „Przeglądu", kol. Tadeuszowi Kopciowi, który przejął w obecności Komisyi rewizyjnej „Przeglądu Pedyatr.“—w osobach kol. Kurelli i Schoenaicha rachunki i listę członków od kol. J. Brudzińskiego i jako skarbnik sekcyi polskiej przyjmować będzie od członków sekcyi składki członkowskie roczne za rok ubiegły r. 1913 i za rok bieżący 1914.

Przypominamy wszystkim czytelnikom, interesującym się sprawą II Zjazdu międzynarodowego pedyatrów, że na porządku dziennym zjazdu postawiono jako referaty główne:

1) Zapobieganie chorobom zakaźnym ostrym w związku z budową nowych szpitali.

2) Rozpoznanie i leczenie cierpień gruźliczych gruczołowych.

3) O roli nadnerczy w patologii dziecięcej.

Oprócz tego, jako tematy, zalecone do dyskusyi, podano:

a) Zaburzenia odżywiania niemowląt (atrophia et dystrophia).

b) Oddziaływanie przymiotu dziedzicznego na ośrodki nerwowe.

c) Nowotwory mózgowia u dzieci.

d) Wakcynoterapia w patologii dziecięcej.

Byłoby niezmiernie pożądane, aby udział osobisty członków Sekcyi Polskiej był jaknajliczniejszy, i aby głos ich w dyskusyi brzmiał poważnie przygotowaniem uprzedniem na podstawie własnego doświadczenia. W tej myśli przypominamy obecnie o tematach zjazdowych.

Odczyty na tematy zalecone (a—d) oraz przyczynki własne do referatów głównych należy zgłaszać możliwie wcześnie do sekretarza sekcyi polskiej

W d. 28-ym czerwca r. b. Ciechocinek pozyskał nową kolonię dla dzieci zołzowatych, poświęconą pamięci twórcy kolonii letnich, dr. St. Markiewicza.

W Zakopanem powstało „Letnisko dla dzieci i młodzieży" pod kierunkiem zawodowej nauczycielki Szczęsnej Lochman (Willa „Antałówka").

Z dniem 1-go października r. b. zacznie wychodzić nowy miesięcznik p. t.: „Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej."

Z nadesłanego do naszej redakcyi obszernego prospektu przytaczamy w streszczeniu program pisma, który obejmuje: 1) budowę i wewnętrzne urządzenie szpitali, przytułków, prywatnych zakładów leczniczych i t. p.; 2) plany, rysunki, opisy istniejących szpitali i zakładów leczniczych, oraz projekty i plany nowych zakładów; 3) organizacyę, zarząd i administracyę szpitali oraz instytucyi dobroczynnych; 4) opiekę nad chorymi i osobami, potrzebującemi pomocy społecznej; 5) personel lekarski a także administracyjny w szpitalach i instytucyach dobroczynnych; 6) działalność szpitali, zakładów leczniczych i dobroczynnych, a także towarzystw i instytucyi dobroczynnych; 7) sprawozdania z ich działalności, a także dane statystyczne, dotyczące szpitali, zakładów leczniczych i instytucyi dobroczynnych; 8) historyczny rozwój szpitali, zakładów leczniczych i wogóle dobroczynności publicznej; 9) obowiązujące przepisy prawne i rozporządzenia władz administracyjnych, dotyczące szpitali, zakładów leczniczych i dobroczynnych i wogóle wszystkie sprawy, dotyczące szpitalnictwa, hygieny społecznej i dobroczynności publicznej. Redaktorami są: Dr. W. Męczkowski (Warszawa, Chmielna 25), Dr. W. Schoenaich (Warszawa, Erywańska 4). Wydawcą: Dr. O. Hewelke (Warszawa, Trębacka 15). Adres administracyi: Al. Sobociński (Warszawa, Złota 74).

Prenumerata: w Warszawie rocznie 6 rb., z przesyłką pocztową 7 rb.

Nowemu wydawnictwu życzymy powodzenia i pomyślnej pracy.

Nadesłano do redakcyi:

Dr. med. M. Biehler. Nadnercza. Praca nagrodzona na konkursie „Medycyny i Kroniki lekarskiej" im. prof. E. Biernackiego.

Dr. Stan. Skalski. Ospa w Łodzi w r. 1913. Odb. „z Przegl. lek."

Dr. T. Jaroszyński. Wychowanie dzieci nerwowych.

J. Brudziński. Szpital dla dzieci w Radomiu. Odb. z „Gazety Lekarskiej".

T. Drabczyk. Stan zdrowia młodzieży na podstawie 1856 badań, dokonanych w szkołach im. E. Konopczyńskiego (746) i T. Łebkowskiego (1110). Odbitka z „Ruchu". Warszawa. 1914.
